

การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย

สรินญพร หิมกร*

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว กับผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ มีอาการสงบได้นานขึ้น

วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 นำมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ใช้และหยุดไปแล้ว 3.00 เท่า (adjusted OR = 3.004) ผู้ป่วยที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำมีโอกาสมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ไม่มี (มีอาการในช่วง 5 ปี) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ไม่มี 2.49 เท่า (adjusted OR = 2.49) โดยสิ่งกระตุ้นที่อาการครั้งล่าสุดอันดับแรกคือสารเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการ 2 ครั้งขึ้นไป ที่ครั้งล่าสุดถูกกระตุ้นจากสารเสพติด เมื่อเทียบกับครั้งก่อนหน้า มีทั้งใช้สารชนิดเดิม เพิ่มชนิดสาร ลดจำนวนลง เปลี่ยนสารไปเลย หรือบางรายที่ครั้งก่อนหน้าไม่ได้สัมพันธ์กับสารเสพติดเลย และยังพบว่าบางรายที่ครั้งก่อนหน้าเคยถูกกระตุ้นสารเสพติดแต่ครั้งนี้ก็ไม่ใช้สารเสพติดแล้ว ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างมีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำ (adjusted OR = 13.41)

สรุป ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี ได้แก่ การไม่เคยใช้แอมเฟตามีน การมีโรคประจำตัว และการประกอบอาชีพรับจ้าง โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวอาจให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้อาการสงบ ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างมีแนวโน้มที่อาการจะสงบมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำอาจช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลให้โรคสงบ ในทางกลับกันพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเกิดจากการกำเริบแล้วก่อคดี หรือบางรายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทำให้ต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดหรือถูกควบคุมตัว อย่างไรก็ตาม ปอเนาะและเรือนจำเป็นช่องทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา หากมีการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

คำสำคัญ โรคจิตเภท สิ่งกระตุ้นให้มีอาการทางจิต การใช้สารเสพติด

Corresponding author: สรินญพร หิมกร

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่

E-Mail: Minkko@hotmail.com

วันรับ 7 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 21 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 25 กุมภาพันธ์ 2568

A Study on Precipitating Factors in Patients with Schizophrenia in Krabi Province, Thailand

Sarinyaporn Himakorn*

*Psychiatric Department, Krabi Hospital

ABSTRACT

Objective: The objectives of this study are to analyze precipitating factors of schizophrenia at Krabi Hospital and compare related factors between patients with symptom-free periods exceeding five years and those with recent symptoms. The findings will help improve schizophrenia care in Krabi Province, promoting long-term stability.

Methods: Data were collected from schizophrenia patients receiving treatment at the psychiatry department of Krabi Hospital and analyzed using descriptive statistics, presented as percentages. For inferential statistics, Chi-square tests and Odds Ratios (OR) were applied. Single-variable analyses were conducted to identify variables with a P-value < 0.25 for further analysis using multiple logistic regression, with adjusted odds ratios and 95% confidence intervals.

Results: Patients who have never used amphetamines are 3.004 times more likely (adjusted OR = 3.004) than former users to have had their last episode over five years ago. Those in prisons or Islamic boarding schools (Pondoks) are the least likely to remain episode-free for over five years, with symptoms recurring within the past five years. Patients with underlying medical conditions are 2.49 times more likely (adjusted OR = 2.49) than those without to have had their last episode over five years ago. Substance use is the most common trigger for recent schizophrenia episodes. In patients who have experienced two or more episodes, where the most recent episode was triggered by substance use, some continued using the same substance, increased or reduced usage, switched substances, or had no substance use in the previous episode. Some who were previously triggered by substance use abstained in the latest episode. Individuals in daily wage labor have significantly higher odds of symptom remission than those in Pondoks or prisons (adjusted OR = 13.41).

Conclusion: Factors associated with the absence of symptoms for more than five years include never using amphetamines, having underlying conditions, and working in labor-related jobs. Those with medical conditions may prioritize health, ensuring consistent treatment and prolonged remission. Similarly, employed individuals are more likely to maintain remission. Promoting employment may enhance mental well-being and stability. Conversely, those in Pondoks or prisons face a higher risk of symptoms within five years, often due to relapse, criminal offenses, or substance use, leading to rehabilitation or incarceration. However, these institutions can also facilitate treatment access. Strengthening healthcare collaboration with them could improve patient care.

Keywords: schizophrenia, relapse, substance used

Corresponding author: Sarinyaporn Himakorn

E-Mail: Minkko@hotmail.com

Received: 7 November 2024 Revised: 21 February 2025 Accepted: 25 February 2025

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่งในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วยเองหรือส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งมีผลกระทบต่อสังคม โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นจะมีความผิดปกติทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁻⁴ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถที่จะหายและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติสามารถหยุดยาได้ ในขณะที่บางรายถึงแม้จะอาการสงบแต่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ส่วนอีกจำนวนหนึ่งนั้นบางรายยังมีอาการหลงเหลือไม่มาก และบางรายมีอาการหลงเหลือที่ชัดเจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การกำเริบของโรคจิตเภทนั้น คือการที่ผู้ป่วยกลับมีอาการขึ้นมาอีกหลังจากที่อาการสงบไปแล้ว^{5,6} และการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนั้นอาจทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมถึงมีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นไปด้วย^{7,8} ตามรายงานของ WHO พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมากกว่า 20 ล้านคน⁹

จากข้อมูลของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าโรคจิตเภทติดอันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (YLDs) พ.ศ. 2562 เป็นอันดับที่ 7 ในเพศชาย ค่า YLDs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 60 คิดเป็นร้อยละ 2.9 ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 10 ค่า YLDs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 62 คิดเป็นร้อยละ 2.6 และโรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของอันดับการสูญเสียภาวะปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALY) ของประชากรไทย อายุ 15 - 29 ปี พ.ศ. 2562 โดยเป็นอันดับที่ 10 ในเพศชาย ค่า DALYs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 15 คิดเป็นร้อยละ 1.3 ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 9 ค่า DALYs ต่อ 1,000 ประชากร เท่ากับ 11 คิดเป็นร้อยละ 1.7¹⁰ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญ

ในจังหวัดกระบี่ ผู้ป่วยจิตเภทจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่เป็นหลัก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเดียวที่มีจิตแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงที่และไม่สะดวกเดินทางสามารถรับยาต่อเนื่องและรับการประเมินจากแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชน โดยยังคงต้องพบจิตแพทย์ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่รับยาต่อจากโรงพยาบาลอื่นก็จะมีการส่งต่อให้พบจิตแพทย์เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ถูกบรรจุในระบบนัดพบจิตแพทย์ อีกทั้งการระบาดของโควิด

ทำให้การส่งต่อถูกระงับสำหรับผู้ป่วยที่อาการคงที่ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกำเริบมีหลายปัจจัย เช่น การขาดยา การใช้สารเสพติด ความเครียด หรือการปรับลดยา เป็นต้น

การให้การรักษานักผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลกระบี่ มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยโรคจิตเภทมากกว่า 1,000 คน ต่อปีอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 1,236 คน 3,209 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 1,186 คน 3,358 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 1,331 คน 3,133 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 1,101 คน 2,553 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567) 649 คน 1,128 ครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกระบี่ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการกำเริบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กำเริบจำนวน 7, 17, 47, 39, 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.57, 1.43, 3.53, 3.54, และ 1.54 ตามลำดับ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2566 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการรักษาในช่วงโควิดระบาดแล้วมีการกำเริบในภายหลัง อีกสาเหตุหนึ่งที่พบมากก็คือถูกระงับให้เกิดอาการจากการใช้สารเสพติดที่แพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะในภาคใต้ซึ่งรวมถึงจังหวัดกระบี่ด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการใช้กระท่อม กัญชาที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของกฎหมายเรื่องสารเสพติด ผู้ป่วยหลายรายได้แจ้งว่าที่ใช้สารเสพติดเพราะการแก้กฎหมายทำให้เข้าใจว่าสามารถใช้ได้โดยไม่เป็นอันตราย ทั้งที่สารเสพติดดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นได้

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาปรึกษาที่โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำมาใช้ในแง่ของการป้องกัน ทั้งระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ทุติยภูมิ (secondary prevention) และตติยภูมิ (tertiary prevention) การวิเคราะห์สาเหตุการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่งานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภทและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว เทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อได้ทราบว่ามีปัจจัยที่แตกต่างหรือไม่อย่างไร โดยในช่วง 5 ปีแรกหลังมีอาการจะเป็นช่วงที่เสี่ยงสูงที่สุดในการกำเริบ^{11,12} การเลือกใช้ระยะเวลา 5 ปีในการศึกษาจึงเหมาะสมในการทำความเข้าใจการฟื้นฟูของผู้ป่วยจิตเภทและการป้องกันการกำเริบในอนาคต รวมถึงเก็บข้อมูล

ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการ รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีการทบทวนข้อมูลว่าอาการของโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดหรือไม่ และหากมีอาการมากขึ้น 2 ครั้งขึ้นไป ก็จะทำให้การเปรียบเทียบว่าสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการยังคงใช้สารเดิมหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน หาแนวทางป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ให้ดีขึ้นในอนาคต ซึ่งก่อนหน้านี้ก็มีการศึกษาปัจจัยกระตุ้นการมีอาการของโรคจิตเภทในประเทศไทยแต่เนื่องจากในบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงคิดว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมในจังหวัดกระบี่เพิ่มขึ้นมาจะสามารถนำมาประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันรักษาโรคจิตเภทในประเทศไทยได้

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาในโรคจิตเภทและโรคในกลุ่มอาการจิตเภทนั้นเกิดการกำเริบของโรคได้บ่อย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอยู่ก็ตาม โดยอัตราการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาทั่วโลกพบว่ามีมากถึงร้อยละ 50 - 92 และคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 3.5 ต่อเดือน ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน^{13,14} และการศึกษาที่พบว่าอัตราการกำเริบของโรคภายในปีแรกหลังเริ่มมีอาการจิตเภท คาดว่าจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 34 - 37¹⁵ ในขณะที่ความเสี่ยงตลอดชีวิตของการกำเริบของโรคสูงถึงร้อยละ 57.4 - 70¹⁶ โดยไม่คำนึงถึงตัวยาที่นำมาใช้ในการรักษา¹⁷ โดยปกติแล้วหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในระยะ 2 - 5 ปีแรก มีความสำคัญมากในการพยากรณ์โรคและการประเมินความสามารถของสมองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งพบว่าอัตราการกำเริบของโรคทางจิตอยู่ที่ร้อยละ 31 หลังจาก 1 ปี และร้อยละ 43 หลังจากการรักษา 2 ปี¹⁸ และจากการศึกษาทบทวนในระยะยาวพบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกติดตตามไป มีความสุขของการกำเริบโดยมีอาการทางบวกเป็นร้อยละ 28 ภายใน 1 ปี และร้อยละ 43 ใน 1.5 - 2 ปี และร้อยละ 54 ภายในระยะการติดตามผล 3 ปี¹⁹ ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบจะมีความสามารถในการทำงานลดลงและคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการกำเริบ และหากมีการกำเริบที่บ่อยครั้งมากขึ้นก็จะส่งผลให้ภาวะทางจิตสังคมแย่ลง²⁰ ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเรื้อรังโดยความผิดปกติที่มีความบกพร่องทางการทำงานขั้นรุนแรงก็จะสูงขึ้น²¹ ซึ่งก็ตรงกับงานวิจัยที่ว่าอาการกำเริบจะส่งผลให้เกิดความพิการในการทำงานทางด้านสังคมและการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น²² รวมถึงการกำเริบเป็นซ้ำที่บ่อยก็จะมีผลต่อ

ความสามารถในการทำงานของสมองในการสั่งการให้ทำสิ่งต่างๆ นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ความบกพร่องทางสติปัญญาและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี นำไปสู่ความเป็นภาระที่หนักหนาต่อผู้ป่วยเองและต่อครอบครัว²³⁻²⁵ อีกหนึ่งงานทบทวนงานวิจัยก็พบว่าการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดทัศนคติในด้านลบของผู้ดูแล เพิ่มความเสี่ยงการเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก²⁶

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบในโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย พบว่าการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี และการเจอภาวะกดดันในชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของผู้ป่วย²³ โดยมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังจากมีอาการทางจิตครั้งแรกเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าอัตราการกำเริบของโรคจะสูงมากเมื่อหยุดการรักษา แม้ว่าจะเกิดอาการทางจิตเพียงแค่ครั้งเดียว และเมื่อเกิดการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการกลับมาคล้ายกับตอนเริ่มแรกอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยาด้านโรคจิตที่นำมาใช้ใหม่ โดยระยะเวลาที่จะตอบสนองแตกต่างกันไป แต่ก็พบว่าอัตราความล้มเหลวในการรักษามีมากถึง 1 ใน 6 ราย^{27,28} โดยปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเภทหลังจากที่มีอาการครั้งแรก ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้ในการรักษา การคิดบวกจนเกินไปไม่คิดว่าจะเกิดการกำเริบและการไม่เห็นความสำคัญของการรักษานั้นมีผลให้เกิดการกำเริบอย่างมาก²⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมของ สิ้นเงิน สุขสมปอง และคณะ พบว่าการไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่กินยา การใช้สารเสพติดอยู่ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเป็นซ้ำ³⁰ และการใช้สารเสพติดนั้นก็มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท โดยพบว่าสารเสพติดจะไปลดประสิทธิภาพในการรักษาของยาด้านโรคจิตและเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาไม่ต่อเนื่อง³¹ ซึ่งในประเทศไทยก็มีการศึกษาถึงสาเหตุการกำเริบของโรคจิตเภทอยู่หลายการศึกษาเช่นกัน จากการศึกษาของ กนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ พบว่ารายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการใช้ยาด้านโรคจิตไม่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี³² กนกวรรณ บุญเสริม ได้ศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วยและมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีทัศนคติทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อการรับประทานยา ส่วนในเรื่องความสัมพันธ์พบว่าการทะเลาะ

วิวาทที่รุนแรงในครอบครัวและการใช้สารเสพติดหลายชนิด เป็นสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และการมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุด³³ ในงานวิจัยของ ณัฐติกา ชูรัตน์ ก็พบว่าสาเหตุในการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทก็คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาทางจิตเวช รวมถึงสถานบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย การไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ความเครียด การที่ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ³⁴ ซึ่งผลการศึกษาก็ไม่ได้ต่างกัน นิศากร โพธิมาศ อธิบายว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตคือ อายุที่เริ่มป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และอิทธิพลร่วมระหว่างประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว³⁵

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่ในปี พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ จากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ก่อนหน้านั้น ซึ่งประวัติของผู้ป่วยในเวชระเบียนจะเป็นข้อมูลที่ละเอียดเชื่อถือได้ เนื่องจากผู้วิจัยจะมีการซักประวัติอย่างละเอียดในผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกระบี่และได้รับการตรวจรักษาจากผู้วิจัย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการครั้งแรกหรือมีการกำเริบที่โรงพยาบาลอื่น ก็จะมีการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ และมีการบันทึกไว้

โดยปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการในโรงพยาบาลกระบี่นั้นพบว่าสาเหตุจากการขาดยา การใช้สารเสพติด ความเครียด การอดนอน และบางรายก็ไม่สามารถระบุสาเหตุกระตุ้นที่ชัดเจนได้ จึงได้ทำการเปรียบเทียบสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการในแต่ละปี ย้อนหลังไป โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ 21 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ความต่อเนื่องในการกินยา/จิตยา อาศัยกับ ผู้จัดยา ผู้พามาโรงพยาบาล การใช้สื่อออนไลน์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ประวัติการอยู่เรือนจำ มุมมองสุขภาพ สุรา บุหรี่ สารเสพติดอื่นๆ

เกณฑ์การมีอาการของโรคชัดเจน/การกำเริบ (active phase) อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ DSM-5³⁶

ซึ่งหมายถึงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ตาม DSM-5 ของโรคจิตเภท อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากการรักษาได้ผล) ได้แก่ มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้น โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 - 3 อยู่ 1 อาการ

- (1) อาการหลงผิด
- (2) อาการประสาทหลอน
- (3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน
- (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)
- (5) อาการด้านลบ เช่น สิ้นน้ำเสียงเฉยเมยผิดปกติ แยกตัวจากคนอื่น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณสูตรของ ทอร์นไดก์³⁷ ดังนี้ สูตร $n = 10K + 50$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

K หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา

สำหรับการศึกษานี้มีตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาจำนวน 21 ตัวแปร ดังนั้นจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน $(21 \times 10) + 50 = 260$ ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกระบี่ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ และมีอายุมากกว่า 18 ปี

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria)

ผู้ที่ไม่ได้รับการซักประวัติตามแบบฟอร์มซักประวัติ แผนกจิตเวช และยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่ขอรับยาทางไปรษณีย์ และผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมที่ทำให้ไม่สามารถประเมินว่าเป็นอาการกำเริบจากโรคจิตเภทได้ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะสับสนจากเหตุทางกาย (delirium) เป็นต้น

กระบวนการวิจัย

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ก่อนหน้านี้ ตามแบบบันทึกข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2567 ย้อนหลังไปจนครบตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนจากการซักประวัติสอบถามข้อมูลผู้ป่วยและบันทึกไว้โดยเจ้าหน้าที่หน่วยงานจิตเวช และในช่วงปลายปี พ.ศ. 2566 ถึงต้นปี พ.ศ. 2567 ผู้ทำวิจัยได้มีการทบทวนสรุป และบันทึกประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดทุกราย เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้เปลี่ยนระบบบันทึกประวัติผู้ป่วยจากการใช้ OPD card กระดาษ เป็นโปรแกรม HosXP

การกำหนดชื่อกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือกำเริบก่อน 5 ปีที่แล้ว ต่อไปจะเรียกว่า กลุ่มที่อาการสงบ

ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน/กำเริบครั้งสุดท้ายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ต่อไปจะเรียกว่า กลุ่มที่มีอาการ

การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย (outcome measurement/ data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 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

การขออนุมัติจากคณะกรรมการ

ขอการอนุมัติจากคณะกรรมการให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รหัสอนุมัติโครงการ คือ REC 67-0075

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.8 เพศหญิง ร้อยละ 29.2 มีอายุตั้งแต่ 17 - 78 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 อยู่ในช่วงอายุ 31- 50 ปี นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 55.4 รองลงมาคือศาสนาพุทธ ร้อยละ 43.5 ภูมิลำเนา ร้อยละ 80 อยู่ในจังหวัดกระบี่ โดยอยู่อำเภอเมืองครึ่งหนึ่ง อยู่ต่างอำเภอครึ่งหนึ่ง ส่วนอีกร้อยละ 20 อยู่ต่างจังหวัด มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.2 (ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ระยะก่อนเป็นเบาหวาน โรคความดัน โรคเก๊าท์ และอื่นๆ เช่น

ไทรอยด์ เลือดจาง หอบหืด เส้นเลือดหัวใจตีบ ภูมิแพ้ โรคไตเรื้อรัง ต้อหิน เป็นต้น) มีโรคจิตเวชในครอบครัวทั้งหมด ร้อยละ 42.7 (โดยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 23.1 โรคอื่นที่ไม่ใช่จิตเภท ร้อยละ 10.4 และไม่ทราบวินิจฉัย ร้อยละ 9.2) ผู้ป่วยที่มีประวัติหรือกำลังอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 7.7 ความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชีวิต กาแฟ ใข้อยู่ ร้อยละ 41.5 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 76.9 บุหรี่ ยาเส้น ใข้อยู่ ร้อยละ 27.7 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 5.4 สารที่กระตุ้นอาการโรคจิตได้ ได้แก่ สารระเหย ใข้อยู่ ร้อยละ 0.4 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 0.8 สารที่กระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิตได้ ได้แก่ ยาบ้า ใข้อยู่ ร้อยละ 4.2 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 30.8 กระเทียม ใข้อยู่ ร้อยละ 6.5 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 23.5 กัญชา ใข้อยู่ ร้อยละ 3.1 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 23.8 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใข้อยู่ ร้อยละ 3.5 ใข้และหยุดเกิน 3 เดือน ร้อยละ 6.2

ข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ/อาการปัจจุบันของผู้ป่วย

กลุ่มประชากรที่ศึกษามีจำนวนผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด รองลงมาเป็นจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) อันดับ 3 จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยก็ยังพบว่าผู้ไม่ได้เรียนหนังสือเลยคิดเป็น ร้อยละ 0.8 แต่ก็มีผู้ที่เรียนจบระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) คิดเป็นร้อยละ 3.8 จบระดับปริญญาตรีขึ้นไปรวมคิดเป็นร้อยละ 6.6

อาการปัจจุบันของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.9 มีอาการดีกลับเป็นปกติ มีบางส่วนที่มีอาการเล็กน้อยสามารถทำงานดูแลตนเองได้ แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่จำเป็นต้องมีคนดูแลคิดเป็นร้อยละ 14.2 โดยเมื่อพิจารณาจากการทำงานในกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษานั้นทำอาชีพเกษตรกร มีทั้งทำของตนเองและรับจ้าง แต่ก็มีส่วนมากที่ไม่ประกอบอาชีพใด ทั้งตอนมีอาการ ร้อยละ 29.6 และในปัจจุบัน 28.8 มีเพียง 2 คน ที่ตอนมีอาการไม่ทำงานแต่ปัจจุบันทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 28.8 และเมื่อรวมกับผู้ที่อยู่ในปอเนาะ ร้อยละ 14.2 เรือนจำ ร้อยละ 3.5 รวมทั้งหมดที่ไม่ได้ทำงานเป็นร้อยละ 46.5 โดยพบว่าสถานะทางการเงินของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายได้ไม่พอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 8.8

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีผู้พามาโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวรวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 41.9 (โดยบุคคล

ในครอบครัวที่มาโรงพยาบาลกับผู้ป่วยอันดับแรกคือพ่อแม่ซึ่งเท่าๆกับที่ญาติพามา รองมาเป็นแฟน/คู่สมรส รองลงมาก็คือลูก) ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยตัวเอง ร้อยละ 36.6 เจ้าหน้าที่ป้อนะพามาพบแพทย์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.2 เจ้าหน้าที่เรือนจำพามาพบแพทย์ ร้อยละ 3.5 ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้คนมารับยาแทนคิดเป็นร้อยละ 2.7 มากับเพื่อน ร้อยละ 1.2 ซึ่งก็ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเพื่อนที่คอยดูแลซึ่งกันและกันได้ ซึ่งในที่นี่ก็มีผู้ป่วยที่มากับเพื่อนที่รู้จักกันตอนมานั่งรอตรวจจิตเวช แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 55.77 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 55.4 ดูแลจัดการกินเอง

การอยู่อาศัยตอนมีอาการ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 85 รองลงมาก็คืออยู่คนเดียว ร้อยละ 8.5 อยู่ป้อนะ ร้อยละ 5.8 อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 0.8

การอยู่อาศัยในปัจจุบัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 75.4 รองลงมาก็คืออยู่คนเดียว ร้อยละ 14.6 อยู่คนเดียว ร้อยละ 6.5 อยู่เรือนจำ ร้อยละ 3.1 อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 0.4

เมื่อเปรียบเทียบคนที่อยู่ด้วยในช่วงที่มีอาการกับการเป็นอยู่ในปัจจุบันแบบคนต่อคน มีหลายคนที่มีการเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่จะเป็นการย้ายจากการอยู่กับครอบครัวไปอยู่ป้อนะหรือเรือนจำ โดยผู้ป่วยที่จากเดิมไม่ได้อยู่ป้อนะและย้ายไปอยู่ป้อนะ ร้อยละ 8.1 (โดยคนที่อยู่กับพ่อแม่แล้วย้ายไปอยู่ป้อนะมีมากที่สุด รองลงมาก็คืออยู่คนเดียวแล้วย้ายไปอยู่ป้อนะ ที่เหลืออยู่กับแฟน อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับพ่อแม่และญาติ) แต่ก็มีผู้ป่วยที่อยู่ป้อนะตอนมีอาการชัดเจนย้ายออกมาอยู่กับญาติ ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่จากเดิมไม่ได้อยู่เรือนจำและย้ายไปอยู่เรือนจำ ร้อยละ 3.1 ผู้ป่วยที่เคยอยู่คนเดียวมีการเปลี่ยนแปลงโดยอยู่กับลูก ร้อยละ 0.4 และอยู่กับแฟน/คู่สมรส ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่เคยอยู่กับเพื่อนย้ายมาอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 0.4 ผู้ป่วยที่เคยอยู่กับแฟนและมีบุคคลในบ้านเพิ่มเข้ามา ร้อยละ 1.2 โดยมีลูกหรือญาติเพิ่มเข้ามา อีกส่วนหนึ่งอยู่กับคนในครอบครัวแต่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ที่เข้ามาอยู่ด้วยโดยร้อยละ 0.4 เคยอยู่กับแฟนและญาติแต่ปัจจุบันอยู่แต่กับญาติ ร้อยละ 0.4 อยู่กับพ่อแม่และญาติเปลี่ยนเป็นอยู่กับแฟนและญาติ ร้อยละ 0.4 เคยอยู่กับพ่อแม่แต่เปลี่ยนไปอยู่กับญาติ ร้อยละ 0.4 จากอยู่กับญาติเปลี่ยนมาอยู่กับพ่อแม่ซึ่งพบว่าไม่มีผู้ใดเปลี่ยนจากการอยู่กับผู้อื่นมาอยู่คนเดียว

ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

ประวัติกินยา/รักษาต่อเนื่อง ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีปัญหา ตอนนี้อยู่ร่วมมือในการรักษาดีคิดเป็นร้อยละ 58.1 ผู้ป่วยที่รับ

การรักษาต่อเนื่องดีมาตลอดมีร้อยละ 38.5 และผู้ที่ปัจจุบันยังมีปัญหาการกินยา/รักษา ร้อยละ 3.5 ผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายมีร้อยละ 60 แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 38.5 ที่มีวิธีจัดการความเครียดโดยมุมมองของสุขภาพที่ผู้ป่วยมองตนเองนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพดี ร้อยละ 64.2 คิดว่าปานกลาง ร้อยละ 23.1 ผู้ป่วยคิดว่ามีสุขภาพกายไม่ดี ร้อยละ 8.5 และผู้ป่วยไม่มา/ตอบไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 4.2 ส่วนมุมมองสุขภาพจิตผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพดี ร้อยละ 72.7 คิดว่าปานกลาง ร้อยละ 11.5 คิดว่าสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 7.7 และผู้ป่วยไม่มา/ตอบไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 4.2

ข้อมูลการใช้สื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ ร้อยละ 69.2 น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 8.5 ใช้ 1 - 3 ชั่วโมง ร้อยละ 18.5 ใช้ 3 - 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 2.3 ใช้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 1.5

ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิต/ปัจจัยกระตุ้น

อาการครั้งที่ชัดเจนสุดท้ายก่อนหน้า (ปี) พบว่ามีอาการครั้งสุดท้ายภายในปีนี้ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 ภายใน 1 - 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.2 และอาการชัดเจนครั้งสุดท้ายก่อน 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 53.5 โดยจำนวนครั้งของอาการ ผู้ที่มีอาการชัดเจน 1 ครั้ง ร้อยละ 14.2 มีอาการ 2 ครั้ง ร้อยละ 20.4 มีอาการ 3 - 5 ครั้ง ร้อยละ 41.5 มีอาการ 6 - 10 ครั้ง ร้อยละ 3.8 มีอาการ 12 ครั้ง ร้อยละ 0.4 มีอาการครั้งเดียวแต่เป็นเรื้อรังไม่กลับเป็นปกติ แต่ไม่มีอาการกำเริบเป็นรอบๆ ชัดเจน ร้อยละ 4.6 มีอาการกำเริบมากกว่า 2 ครั้ง ไม่ทราบจำนวนครั้งที่แน่นอน โดยแต่ละครั้งอาการกลับเป็นปกติ ร้อยละ 7.7 มีอาการกำเริบมากกว่า 2 ครั้ง ไม่ทราบจำนวนครั้งที่แน่นอนและเมื่อกำเริบแล้วอาการไม่หายสนิท ร้อยละ 7.3

ซึ่งระยะห่างของอาการชัดเจนครั้งล่าสุดกับครั้งก่อนหน้า ในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนมากกว่า 2 ครั้ง ทั้งหมด 211 คน พบว่าระยะห่างระหว่างอาการครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้า มีตั้งแต่ไม่ถึง 1 ปี ไปจนถึง 20 ปีขึ้นไป โดยมากที่สุดที่ 1 ปี ร้อยละ 15.6 รองลงมาก็คือ 2 ปี ร้อยละ 11.8 รองลงมาก็คือ 3 ปี ร้อยละ 10.4 แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ทราบประวัติอาการที่ชัดเจนครั้งสุดท้าย ร้อยละ 10.4

ปัจจัยกระตุ้นที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการครั้งล่าสุด มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ร้อยละ 31.2 (โดยกระตุ้นจากสารเสพติดไม่มีสาเหตุกระตุ้นร่วม ร้อยละ 14.2) จากผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 37.3 (โดยกระตุ้นจากการขาดยาอย่างเดียว ร้อยละ 24.6 ขาดยาและสารเสพติด ร้อยละ 11.2 จากขาดยาและอื่นๆ

ร้อยละ 1.5) รองลงมาคือคนไข้ลดยาเอง ร้อยละ 13.8 ส่วนปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ เช่น ภาวะเครียด แพทย์ลดยาลงเนื่องจากผลข้างเคียง แพทย์หยุดยาเนื่องจากเดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อดนอน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบสาเหตุกระตุ้นที่ชัดเจนมีถึงร้อยละ 18.5 โดยมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติด โรคซึมเศร้า แต่เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในครั้งนี้ ร้อยละ 6.5

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการในครั้งสุดท้ายเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้า ผู้ป่วยที่มีอาการเกิน 2 ครั้ง มีทั้งหมด 211 คน (ร้อยละ 81.2) โดยข้อมูลการกำเริบของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับอาการครั้งสุดท้ายเทียบกับครั้งก่อนหน้านั้น พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการโดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ซ้ำเดิม 119 มีร้อยละ 56.2 (ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เกิดอาการจากปัจจัยกระตุ้นที่เหมือนเดิมกับครั้งก่อนหน้า ร้อยละ 42.7 กับมีอาการจากปัจจัยกระตุ้นเดิมและมีตัวกระตุ้นอื่นที่แตกต่างไปด้วย ร้อยละ 13.74) และในผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งก็พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการในครั้งสุดท้ายแตกต่างกับครั้งก่อนหน้า ร้อยละ 43.8

เมื่อพิจารณารวมทั้งผู้ที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการที่เหมือนกันและมีปัจจัยกระตุ้นที่ซ้ำกันในครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้ารวมทั้ง 119 คน พบว่าปัจจัยกระตุ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ การขาดยาจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 63 อันดับรองลงมาคือสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการในโรคจิตเภท) ผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในครั้งล่าสุดมีจำนวนร้อยละ 31.15 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 65.4 กัญชา ร้อยละ 40.3 กระท่อม ร้อยละ 64.4 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.3 สารระเหย ร้อยละ 1.2

ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง

พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 211 คน ที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ใน 2 ครั้งสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยจำนวน 123 คน ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้ที่มีอาการโดยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดในครั้งสุดท้ายและก่อนครั้งสุดท้ายทั้ง 2 ครั้ง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ผู้ป่วยที่ครั้งล่าสุดถูกกระตุ้นด้วยการใช้สารเสพติดแต่ครั้งก่อนหน้าไม่ใช่ มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และผู้ที่ครั้งก่อนหน้า

ถูกกระตุ้นให้มีอาการจากสารเสพติดแต่ครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นการกำเริบ 2 ครั้งสุดท้าย ไม่ได้สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดทั้ง 2 ครั้ง ก็มีจำนวนไม่น้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ครั้งก่อนมีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับสารเสพติด แต่ครั้งสุดท้ายมีปัจจัยกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดเข้ามาเมื่ออยู่ถึงร้อยละ 5.2 ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่ครั้งก่อนหน้ามีปัญหาการใช้สารเสพติด แต่ครั้งล่าสุดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดมีจำนวนไม่น้อยเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 11.4 แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะเคยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติด แต่เมื่อหยุดใช้สารเสพติดแล้วก็ยังจำเป็นต้องคอยระวังในการกำเริบซ้ำเช่นกัน ในขณะที่บางคนไม่ได้ถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดมาก่อน ก็มีโอกาที่จะใช้สารเสพติดและกระตุ้นให้เกิดอาการได้ และในผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง และทั้ง 2 ครั้ง สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด 51 คน พบว่ามีความหลากหลาย ทั้งผู้ที่ใช้สารเสพติดมากขึ้นและลดชนิดของสารเสพติดลง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดชนิดเดิม 38 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 และ 13 คน ใช้สารแตกต่างจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 25.5 โดยมีทั้งผู้ที่ใช้จำนวนชนิดของสารเสพติดมากขึ้นเท่าเดิม และลดลง โดยบางคนใช้สารเดิมแต่มีการปรับลดหรือเพิ่มสารอื่น บางคนเปลี่ยนเป็นชนิดใหม่ไม่ได้ใช้สารเดิม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการล่าสุดไม่เกิน 5 ปี (กลุ่มที่มีอาการ) จำนวน 121 คน และผู้ป่วยที่มีอาการล่าสุดเกิน 5 ปี (กลุ่มที่อาการสงบ) จำนวน 139 คน นำมาวิเคราะห์ทางสถิติตามแต่ละตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว ความต่อเนื่องในการกินยา/ฉีดยา อาศัยกับ ผู้จัดยา ผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การใช้สื่อออนไลน์ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ประวัติการอยู่เรือนจำ มุมมองสุขภาพ สุรา บุหรี่ สารเสพติดอื่นๆ พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 3 ตัวแปร (ตารางที่ 2) ได้แก่ การใช้แอมเฟตามีน อาชีพขณะมีอาการ และการมีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีน มีโอกาสที่มีอาการสงบ มากกว่าผู้ที่เคยใช้แอมเฟตามีนและหยุดใช้ไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 3 เท่า ผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ มีโอกาสที่จะมีอาการสงบน้อยที่สุด โดยผู้ที่ทำอาชีพรับจ้างมีโอกาส

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
เพศ							0.005
ชาย	96	52.2	88	47.8	ref		
หญิง	25	32.9	51	67.1	2.22	1.27 - 3.89	
อายุ							< .001
< 25	10	90.9	1	9.1	ref		
25 - 50	89	51.4	84	48.6	9.44	1.18 - 75.33	.034
> 51	22	28.9	54	71.1	24.54	2.96 - 203.38	.003
สถานภาพ							.230
โสด	73	50.3	72	49.7	ref		
คู่อยู่ด้วยกัน	22	36.1	39	63.9	1.797	.971 - 3.327	
คู่แยกกันอยู่	4	36.4	7	63.6	1.774	.498 - 6.324	
หม้าย	22	51.2	21	48.8	.968	.490 - 1.912	
ศาสนา							.667
พุทธ	50	44.2	63	55.8	ref		
อิสลาม	69	47.9	75	52.1	.863	.526 - 1.415	
คริสต์	2	66.7	1	33.3	.397	.35 - 4.503	
อื่นๆ	-		-				
การศึกษา							.031
ต่ำกว่า ป.6	13	30.2	30	69.8	ref		
สูงกว่า ป.6 - ม.3	69	53.5	60	46.5	.377	.180 - .787	.009
สูงกว่า ม.3 - ม.6 ปวช./ปวส.	34	47.9	37	52.1	.472	.212 - 1.050	.066
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	5	29.4	12	70.6	1.040	.304 - 3.557	.950
ภูมิลาเนา							.138
กระบี่	92	44.2	116	55.8	ref		
ที่อื่นๆ	29	55.8	23	44.2	.629	.341 - 1.160	
ประวัติการอยู่เรือนจำ							.012
เคย	15	75.0	5	25.0	ref		
ไม่เคย	106	44.2	134	55.8	3.792	1.336 - 10.769	
ผู้มาโรงพยาบาลกับผู้ป่วย							< .001
รับยาแทน	5	71.4	2	28.6	ref		
คนเดียว	30	31.6	65	68.4	5.417	0.99 - 29.53	.051
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	50	44.6	62	55.4	3.10	0.58 - 16.66	.187
จนท.ปอเนาะ/เรือนจำ	36	78.3	10	21.7	0.694	0.12 - 4.13	.689
อาศัยกับ (ตอนมีอาการ)							.018
ปอเนาะ/เรือนจำ	13	86.7	2	13.3	ref		
คนเดียว	8	36.4	14	63.6	11.375	2.03 - 63.753	.006
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	100	44.8	123	55.2	7.995	1.763 - 36.26	.007
อาศัยกับปัจจุบัน							< .001
ปอเนาะ/เรือนจำ	36	78.3	10	21.7	ref		

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
คนเดียว	4	23.5	13	76.5	11.05	2.94 - 41.531	
คู่/พ่อแม่/ลูก/ครอบครัว/เพื่อน	81	41.1	116	58.9	4.81	2.25 - 10.28	
รักษา/กินยาต่อเนื่อง							< .73
ต่อเนื่องมาตลอด	44	44.0	56	56.0	ref		
มีปัญหา	5	55.6	4	44.4	.629	.159 - 2.48	
เคยมีปัญหาปัจจุบันร่วมมือ	72	47.7	79	52.3	.862	.519 - 1.433	
ผู้ดูแลจิตยา (ตอนมีอาการ)							< .001
คนอื่น	49	65.3	26	34.7	ref		
ผู้ป่วย	58	38.4	93	61.6	3.022	1.696 - 5.385	
ผู้ดูแลจิตยาปัจจุบัน							< .001
เจ้าหน้าที่ป้อนยา/เรือนจำ	33	76.7	10	23.3	ref		
ผู้ป่วย	48	33.3	96	66.7	6.600	3.002 - 14.510	< .001
คนในครอบครัว/ญาติ	40	54.8	33	45.2	2.723	1.170 - 6.334	.020
การจัดการความเครียด							.517
ไม่มี	77	48.1	83	51.9	ref		
มี	44	44.0	56	56.0	1.181	.715 - 1.951	
อาชีพ (ตอนมีอาการ)							.037
อยู่ป้อนยา/เรือนจำ/บวช/เรียน	13	86.7	2	13.3	ref		
ข้าราชการ/กิจการของตัวเองหรือครอบครัว	51	44.3	64	55.7	8.157	1.76 - 37.801	.007
รับจ้าง	20	38.5	32	61.5	10.4	2.121 - 51.0	.004
ไม่ทำงาน	37	47.4	41	52.6	7.2	1.52 - 34.06	.013
อาชีพปัจจุบัน							< .001
อยู่ป้อนยา/เรือนจำ/บวช/เรียน	36	76.6	11	23.4	ref		
ข้าราชการ/กิจการของตัวเองหรือครอบครัว	41	41.8	57	58.2	5.407	2.345 - 12.46	< .001
รับจ้าง	13	31.7	28	68.3	8.376	3.13 - 22.42	< .001
ไม่ทำงาน	31	41.3	44	58.7	5.469	2.31 - 12.94	< .001
สถานะทางการเงิน							.480
ไม่พอต่อการใช้จ่าย	8	34.8	15	65.2	ref		
พอใช้ไม่มีหนี้สิน	56	48.7	59	51.3	.562	.22 - 1.43	
เหลือใช้มีเงินเก็บ	57	46.7	65	53.3	.619	.22 - 1.57	
โรคประจำตัว							< .001
ไม่มี	68	59.6	46	40.4	ref		
มี	53	36.3	93	63.7	2.594	1.567 - 4.29	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว							.336
ไม่มี	70	47.0	79	53.0	ref		
มีจิตเภท	28	46.7	32	53.3	1.013	.555 - 1.846	
มีโรคอื่น	9	33.3	18	66.7	1.772	.748 - 4.198	
มีไม่ทราบวินิจฉัย	14	58.3	10	41.7	0.633	.264 - 1.515	

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ตัวแปร	มีอาการชัดเจนล่าสุด ไม่เกิน 5 ปี		มีอาการชัดเจนล่าสุด เกิน 5 ปี		OR	95% CI	p-value
การใช้สื่อออนไลน์							
ไม่ใช้	86	47.8	94	52.2	ref		.272
ใช้ < 3 ชม./วัน	33	47.1	37	52.9	1.026	.590 - 1.783	
ใช้ > 3 ชม./วัน	2	20.0	8	80.0	3.66	.756 - 17.711	
มุมมองสุขภาพกาย							
ไม่ดี	12	54.4	10	45.5	ref		.327
ปานกลาง	23	38.3	37	61.7	1.930	.719 - 5.182	
ดี	79	47.3	88	52.7	1.337	.548 - 3.263	
ผู้ป่วยไม่มา/พูดไม่รู้เรื่อง	7	63.6	4	36.4	.686	.155 - 3.036	
มุมมองสุขภาพจิต							
ไม่ดี	15	75.0	5	25.0	ref		.046
ปานกลาง	17	42.5	23	57.5	4.059	1.234 - 13.349	.021
ดี	82	43.4	107	56.6	3.915	1.367 - 11.211	.011
ผู้ป่วยไม่มา/พูดไม่รู้เรื่อง	7	63.6	4	36.4	1.714	.349 - 8.421	.507
การออกกำลังกาย							
ไม่ออก	51	49.0	53	51.0	ref		.509
ออกกำลังกาย	70	44.9	86	55.1	1.182	.719 - 1.944	
การใช้สุรา							
ไม่เคยใช้	108	46.2	126	53.8	ref		.858
ปัจจุบันยังใช้	5	55.6	4	44.4	.686	.180 - 2.62	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	8	47.1	9	52.9	.916	.36 - 2.59	
การใช้นุหรี							
ไม่เคยใช้	75	43.1	99	56.9	ref		.202
ปัจจุบันยังใช้	37	51.4	35	48.6	.717	.413 - 1.24	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	9	64.3	5	35.7	.421	.135 - 1.3	
การใช้แอมเฟตามีน							
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	54	67.5	26	32.5	ref		< .001
ไม่เคยใช้	59	34.9	110	65.1	3.872	2.201 - 6.81	< .001
ปัจจุบันยังใช้	8	72.7	3	27.3	.779	.191 - 3.18	.728
การใช้กระท่อม							
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	35	57.4	26	42.6	ref		.004
ไม่เคยใช้	73	40.1	109	59.9	2.010	1.117 - 3.62	.020
ปัจจุบันยังใช้	13	76.5	4	23.5	.414	.12 - 1.42	.160
การใช้กัญชา							
ไม่เคยใช้	82	43.2	108	56.8	ref		.118
ปัจจุบันยังใช้	6	75.0	2	25.0	.253	.050 - 1.286	
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	33	53.2	29	46.8	.667	.375 - 1.186	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การใช้แอมเฟตามีน			.010
เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน	ref	ref	
ไม่เคยใช้	3.872 (2.20 - 6.81)	3.004 (1.37 - 6.60)	.006
ปัจจุบันยังใช้	0.779 (.191 - 3.18)	0.584 (.100 - 3.39)	(.549)
อาชีพ (ตอนมีอาการ)			.036
อยู่ป่อเนาะ/เรือนจำ/บวช/เรียน	ref	ref	
ข้าราชการ/กิจการของตนเองหรือครอบครัว	8.16 (1.76 - 37.80)	7.69 (.765 - 77.30)	(.083)
รับจ้าง	10.40 (2.12 - 51.0)	13.41 (1.22 - 147.42)	.034
ไม่ทำงาน	7.20 (1.52 - 34.06)	3.65 (0.37 - 38.33)	(.265)
โรคประจำตัว			.010
ไม่มี	ref	ref	
มี	2.59 (1.57 - 4.29)	2.49 (1.24 - 4.75)	

ที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ป่อเนาะหรือเรือนจำ 13.41 เท่า ผู้ที่รับราชการ มีกิจการของตนเองหรือครอบครัว มีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ป่อเนาะหรือเรือนจำ 7.69 เท่า และผู้ที่ไม่ทำงาน มีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่อยู่ป่อเนาะหรือเรือนจำ 3.65 เท่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะมีอาการสงบมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว 2.49 เท่า

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ

การใช้แอมเฟตามีน (p-value = .010): ผู้ที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสสงบของอาการมากกว่ากลุ่มที่เคยใช้และหยุดเกิน 3 เดือน (adjusted OR = 3.004, 95% CI: 1.37 - 6.60, P = .006) ผู้ที่ยังใช้แอมเฟตามีนในปัจจุบันไม่มีความแตกต่างทางสถิติกับกลุ่มอ้างอิง (adjusted OR = 0.584, 95% CI: .100 - 3.39, P = .549)

อาชีพตอนมีอาการ (p-value = .036): ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างมีโอกาสสงบของอาการสูงที่สุด (adjusted OR = 13.41, 95% CI: 1.22 - 147.42, P = .034) ข้าราชการ/กิจการของตนเองหรือครอบครัว มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอาการสงบ แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 7.69, 95% CI: .765 - 77.30, P = .083) ผู้ที่ไม่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับอาการสงบ (adjusted OR = 3.65, 95% CI: 0.37 - 38.33, P = .265)

โรคประจำตัว (p-value = .010): ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่อาการสงบมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่โรคประจำตัว (adjusted OR = 2.49, 95% CI: 1.24 - 4.75)

วิจารณ์

ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 55.4 ถือว่ามีการนับถือศาสนาอิสลามค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปในจังหวัดที่นับถือศาสนาพุทธเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 61.7 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม ร้อยละ 38.1³⁸ ผู้ป่วยร้อยละ 80 ภูมิลำเนาจังหวัดกระบี่ โดยอยู่อำเภอเมืองครึ่งหนึ่ง อยู่ต่างอำเภอครึ่งหนึ่ง ส่วนอีกร้อยละ 20 อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่อยู่ในเขตอำเภอเมืองแต่เป็นโรงพยาบาลเดียวที่มีจิตแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยจากต่างอำเภอจึงเข้ามารับการรักษา

ในแง่การศึกษาเมื่อนำข้อมูลสถิติประชากรจังหวัดกระบี่ปี พ.ศ. 2566 ไตรมาส 1 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป³⁹ ทั้งหมด 251,348 คน ไม่มีการศึกษา 3,706 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ซึ่งมากกว่าประชากรที่นำมาศึกษา แต่จบระดับอุดมศึกษา 56,462 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยคือ ร้อยละ 10.4 ก็อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากความเจ็บป่วยและมีความถดถอย

เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการว่างงานของประชากรในจังหวัดกระบี่ปี พ.ศ. 2567 ไตรมาส 1 มีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 1.3⁴⁰ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการว่างงาน ร้อยละ 28.8 และเมื่อรวมกับผู้ที่อยู่ในป่อเนาะ ร้อยละ 14.2 เรือนจำ ร้อยละ 3.5 รวมทั้งหมดที่ไม่ได้ทำงานเป็นร้อยละ 46.5 ซึ่งถือว่ามีความค่อนข้างมาก แต่ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยก็สามารถทำงานและเรียนจบสูงได้ ดังนั้นหากได้มีการดูแลกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแล้ว น่าจะช่วยให้ปัญหาเศรษฐกิจสังคมของจังหวัดได้ด้วย

จากข้อมูลคนที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล/การจิตยา/สถานภาพ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีผู้พามาโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มารับการรักษาด้วยตัวเอง และขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลจัดการกินเอง ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองมีความจำเป็นในการรับการรักษาและแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ส่วนผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในอัตราส่วนที่รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ป้อนาพามาพบแพทย์ นั่นก็แสดงให้เห็นว่าสถานบำบัดสารเสพติดในจังหวัดกระบี่ก็มีส่วนอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมไปถึงเรือนจำที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน ผู้ป่วยบางส่วนให้คนมารับยาแทนหรือมากับเพื่อน ซึ่งก็ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีเพื่อนที่คอยดูแลซึ่งกันและกันได้ ซึ่งในนี้ก็มีผู้ป่วยที่มากับเพื่อนที่รู้จักกันตอนมานั่งรอตรวจจิตเวช แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด

การอยู่อาศัย พบว่าทั้งตอนมีอาการและในปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อยู่ด้วยในช่วงที่มีอาการกับการเป็นอยู่ในปัจจุบันแบบคนต่อคน พบว่าการมีอาการของโรคจิตเภทนั้นอาจมีผลต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วยได้ มีหลายคนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่อาศัยด้วยคิดเป็นร้อยละ 15.4 ส่วนใหญ่จะเป็นการย้ายจากการอยู่กับครอบครัวไปสู่อพินาศหรือเรือนจำ โดยพบว่าไม่มีผู้ใดเปลี่ยนจากการอยู่กับผู้อื่นมาอยู่คนเดียว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีปัญหาในการรักษาต่อเนื่องแต่ตอนนี้อยู่ร่วมมือในการรักษาดี ส่วนระยะห่างระหว่างอาการครั้งสุดท้ายและครั้งก่อนหน้า มีตั้งแต่ไม่ถึง 1 ปี ไปจนถึง 20 ปีขึ้นไป โดยมากที่สุดที่ 1 ปี ซึ่งมีผลต่อการเฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยต่อไป โดยปัจจัยกระตุ้นในผู้ป่วยทั้งหมด (ที่มีอาการครั้งแรกและมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป) อันดับแรกคือการขาดยา รองมากที่สุดคือการใช้สารเสพติด โดยสารเสพติดอันดับแรกคือแอมเฟตามีน รองลงมาคือกระท่อม กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารระเหย และในผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง และทั้ง 2 ครั้งสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด มีทั้งผู้ใช้จำนวนชนิดของสารเสพติดมากขึ้นเท่าเดิม และลดลง โดยบางคนใช้สารเดิมแต่มีการปรับลดหรือเพิ่มสารอื่น บางคนเปลี่ยนเป็นชนิดใหม่ไม่ได้ใช้สารเดิมแสดงว่าหากจะป้องกันการกำเริบจากการใช้สารเสพติดนั้นก็จะต้องระมัดระวังสารเสพติดทุกชนิดไม่เพียงมุ่งเน้นแค่สารเดิม

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปีมาแล้ว มากกว่าผู้ที่ใช้แอมเฟตามีนและหยุดไปแล้วถึง 3 เท่า อาจจะเป็นเพราะการเสพแอมเฟตามีนเองก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรคจิตเภทกำเริบ ร่วมกับผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด น่าจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วย ซึ่งในหลายงานวิจัยก็พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการมีอาการของโรคจิตเภท⁴¹

ส่วนผู้ที่มียาเสพติดจึงมีโอกาสที่จะมีอาการครั้งสุดท้ายเกิน 5 ปี มากกว่าผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เข้าไปอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำนั้น ส่วนหนึ่งอาจเพราะผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างน่าจะสามารถดูแลตนเองได้ อาการไม่ได้มากเท่าอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำ รวมไปถึงความคิดตัดสินใจต่างๆ ในเบื้องต้นอาจไม่ค่อยดีนักจึงทำเหตุผิดกฎหมายได้ง่าย โดยงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีงานทำหรือการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอาการของโรคจิตเภทได้^{42,43} และเมื่อวิเคราะห์ถึงการมีโรคประจำตัวอื่นนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยใส่ให้กับโรคทางกายหรือการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับการรักษาทางจิตเวชร่วมไปด้วย ซึ่งในมุมมองคนทั่วไปไม่น้อยก็ยังไม่ได้รู้สึกถึงโรคทางจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญ หรืออาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อป่วยทางกายแล้วก็ห่วงสุขภาพมากขึ้นก็เป็นได้ แต่ก็มีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคประจำตัวมักมีอาการกำเริบบ่อยขึ้นจากการใช้ยา ความเครียด การละเลยการดูแลสุขภาพ^{44,45} หากผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีวิธีจัดการความเครียดที่ดี มีอาการออกกำลังกาย รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสมก็เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ และเมื่อผู้ป่วยมีความคิดมุมมองสุขภาพของตนเองในทางที่ดี ก็น่าจะบ่งบอกถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้บ้างซึ่งอาจเป็นการแสดงถึงภาวะเศร้าได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีมุมมองด้านสุขภาพที่ไม่ดีแพทย์ผู้รักษาอาจต้องประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างรอบคอบมากขึ้น

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ ถึงแม้งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในปัจจุบัน แต่ก็เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากประวัติที่ได้ซักไต่อย่างละเอียดในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล แต่เวชระเบียนอาจเก็บประวัติไว้ไม่ได้ทั้งหมด ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยและผู้พามาโรงพยาบาลในครั้งหลัง ดังนั้นข้อมูลในบางส่วนอาจไม่แม่นยำ เช่น เรื่องเกี่ยวกับระยะเวลา รวมถึง

ประวัติการใช้สารเสพติดนั้น ก็เป็นการเก็บข้อมูลเพียงว่าผู้ป่วยเคยใช้ไม่เคยใช้ หยุดใช้ แต่ก็ไม่ได้ลงรายละเอียดเรื่องของปริมาณและความถี่ในการใช้ ซึ่งแต่ละคนก็มีความแตกต่างกันและอาจสัมพันธ์กับการมีอาการของโรคได้

ข้อเสนอแนะ หากมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าก็จะมีความแม่นยำเรื่องระยะเวลามากขึ้น รวมถึงในอนาคตหากมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดกับโรคจิตเภทก็จะเป็นประโยชน์อย่างมาก

สรุป

ตัวแปรที่มีผลต่ออาการที่สงบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ที่ไม่เคยใช้แอมเฟตามีนและการมีโรคประจำตัว ส่วนผู้ที่อยู่ปอเนาะหรือเรือนจำมีโอกาสที่จะมีอาการชัดเจนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูง ดังนั้นสิ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการคือการป้องกันการใช้แอมเฟตามีน ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะไม่มีอาการมานานเกิน 5 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่มียาโรคประจำตัว อาจเป็นเพราะบุคคลกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่า ส่งผลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของโรคจิตเภทมากขึ้น ก็อาจช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคทางกาย ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้โรคอยู่ในภาวะสงบ ในขณะที่เคยกันพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในปอเนาะหรือเรือนจำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยในหลายกรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนถูกจับกุมเข้าสู่เรือนจำหรือญาตินำเข้ารับการบำบัดยาเสพติดในปอเนาะ โดยเฉพาะผู้ป่วยในปอเนาะมักเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการกำเริบจากการใช้สารเสพติด อีกมุมหนึ่งปอเนาะและเรือนจำอาจเป็นสถานที่ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ หากมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานเหล่านี้ ก็จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างมีโอกาสที่อาการจะสงบสูงกว่ามาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำอาจช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลให้โรคอยู่ในภาวะสงบได้

การขาดยาและการใช้สารเสพติดก็เป็นปัจจัยอันดับต้นๆ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการซ้ำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับโรคจิตเภท โดยมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เดิมไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดโรคซึมเศร้า แต่เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในครั้งล่าสุด

ร้อยละ 6.5 ถือว่าเป็นจำนวนไม่น้อย ดังนั้นก็จำเป็นต้องระวังในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ด้วย และการระมัดระวังการเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เคยมีอาการมาก่อนนั้น สาเหตุของการกำเริบก็อาจแตกต่างกันไปจากเดิมได้ ในแง่ของการใช้สารเสพติดถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดในครั้งนั้นแต่ก็มีความจำเป็นในการระมัดระวังการใช้สารเสพติดเช่นกัน เพราะผู้ป่วยก็สามารถไปใช้สารเสพติดได้ รวมถึงผู้ป่วยที่เคยถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดมาก่อนก็ไม่ได้มีความจำเป็นว่าผู้ป่วยจะต้องมีอาการจากถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติดเสมอไป รวมถึงชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก็อาจไม่ซ้ำเดิมได้

จากข้อมูลที่ได้หามาประยุกต์ใช้ในการดูแลเข้าถึงผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น เข้มงวดการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งมีอาการ การป้องกันปราบปรามสารเสพติดในชุมชน ก็จะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อชุมชนและประเทศชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้เนื่องมาจาก ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลกระบี่ ที่ได้ชักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดครบถ้วนมาโดยตลอด ทำให้มีข้อมูลสำคัญที่นำมาใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้รับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะจาก อ.ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากบิดามารดา พี่ชาย และผู้ใกล้ชิดกัลยาณมิตรทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจศึกษาต่อไป ผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากที่ใด

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Kazadi N, Moosa M, Jeenah F. Factors associated with relapse in schizophrenia. S Afr J Psychiatry 2008; 14(2):52-6.
3. Adebisi MO, Mosaku SK, Irinoye OO, Oyelade OO. Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. Int J Africa Nurs Sci 2018; 8:149-53.
4. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse

- in schizophrenia: Costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004; 184(4):346–51.
5. Chaurotia V, Verma K, Baniya B. A study of psychosocial factors related to relapse in schizophrenia. *IOSR-JDMS* 2016; 15(4):26–34.
 6. Kane JM. Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:27–30.
 7. Capdevielle D, Boulenger J, Villebrun D, Ritchie K. Schizophrenic patients' length of stay: Mental health care implications and medicoeconomic consequences. *L'Encephale* 2009; 35(4):394–9.
 8. Papakostas S, Dar A, Ratna L. Sociodemographic factors and medication administration factors affecting re-hospitalization in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Q* 2020.
 9. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. 2019 [cited 2024 January 19]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
 10. Office of International Health Policy Development, Thailand Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Development Program. Loss of health years: Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Report on the burden of disease and injury among the Thai population, 2019. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development, Thailand Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Development Program; 2023.
 11. Harrow M, Grossman LS, Jobe TH, Herbener ES. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005; 31(3):723–34.
 12. Robinson D, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:241–7.
 13. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 2002; 16(7):473–84.
 14. Weret ZS, Mukherjee R. Prevalence of relapse and associated factors in patients with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institution-based cross-sectional study. *IJIMS* 2014; 2(1):184–92.
 15. Addington DE, Patten SB, McKenzie E, Addington J. Relationship between relapse and hospitalization in first-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 2013; 64(8):796–9.
 16. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow-up at comprehensive specialized hospitals in Amhara region, Ethiopia: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* 2021.
 17. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24(1):75–8.
 18. Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of relapse and functioning in first-episode psychosis: A two-year follow-up study. *Psychiatr Serv* 2016; 67(2):227–33.
 19. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick S, Bendall S, Killackey E, Parker A, et al. Risk factors for relapse following treatment for first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012; 139(1–3):116–28.
 20. Lin D, Joshi K, Keenan A, Shepherd J, Bailey H, Berry M, Wright J, MEAKIN S, Benson C, Kim E. Associations between relapses and psychosocial outcomes in patients with schizophrenia in real-world settings in the United States. *Front Psychiatry* 2021; 12:695672.
 21. Porcelli S, Bianchini O, De Girolamo G, Aguglia E, Crea L, Serretti A. Clinical factors related to schizophrenia relapse. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20(2):54–69.
 22. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50(5):1–117.
 23. Hong J, Windmeijer F, Novick D, Haro JM, Brown J. The cost of relapse in patients with schizophrenia in the European SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33(5):835–41.
 24. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: Learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6(1):10.
 25. Pigott TA, Carson WH, Saha AR, Torbeyns AR, Stock EG, Ingenito GG. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: A placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry* 2003.
 26. 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. *Schizophr Res* 2012; 139:116–28.
 27. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:241–7.
 28. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13:50. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/50>.
 29. Yu H, Sun YJ, Qin MN, Ren JX, Yu K, Song J, Zhou YQ, Liu L. Perception of risk of relapse among patients with first episode and recurrent schizophrenia: A descriptive phenomenological study. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1):582.
 30. Sinngern S, Udomittipong D, Lopserkit P. Factors associated with recurrence in first-episode schizophrenic patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2016; 61(4):331–40.
 31. Dyer T. Schizophrenia and substance abuse [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.drugrehab.com/co-occurring-disorder/schizophrenia/>
 32. Kanokrat Chai-nu, Kittiya Thongsuk, Mingkwan Phuhongthong. Factors affecting recurrent symptoms in chronic schizophrenia patients in Ban Phai District, Khon Kaen Province. *J Khon Kaen Prov Public Health Off* 2019; 1(1):15–24.
 33. Kanokwun Boonsaem. Factors associated with readmission of schizophrenia patients: Patients' perspectives. *J Psychiatr Nurs Ment Health Songkhla Rajanagarindra Psychiatr Hosp* 2016; 30(1):123–38.
 34. Nattika Churat. 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 are experiencing

- unrest in the Southern provinces of Thailand. *J Humit Soc Sci Narathiwat Univ* 2016; 3(1):24-36.
35. Nissakorn Photimath, Pattharaporn Thungpankham, Chawapornphan Chanprasit, Waranuch Kittasamband. A cross-sectional study on factors predicting recurrence of psychiatric symptoms in schizophrenia patients. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2020;24(4):448-59.
 36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 155-88.
 37. Boonjai Srisathitnarakun. Research methodology in nursing. 5th ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2010.
 38. Krabi Provincial Statistical Office. Krabi province statistics report [Internet]. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://krabi.nso.go.th/images/3%201.pdf>.
 39. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Krabi province statistics report; 2023. p. 26.
 40. National Statistical Office. Statistical table for the labor force survey project, 2nd quarter 2024 (provincial level). Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2024. p. 134. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240815083839_27229.pdf.
 41. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, et al. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophr* 10 2024;28.
 42. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(5):337-49.
 43. Tsang HW, Pearson V. Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull* 2001; 27(1):139-48.
 44. Koehler D, Lee M. Comorbidity of schizophrenia and cardiovascular diseases: A review. *Int J Psychiatry Med* 2015; 50(4):340-52.
 45. Fenton WS, McGlashan TH. Medical comorbidity in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(11):453-59.