



ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภท

รักสุดา กิจอรุณชัย, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยในจิตเภทต่อการกลับมารักษซ้ำภายใน 90 วัน

วัสดุและวิธีการ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเภทด้วยการสุ่มอย่างง่ายเป็นระบบ 100 ฉบับจากจำนวนเวชระเบียนทั้งหมดจำนวน 330 ฉบับ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ และสุ่มเจาะจงเลือกเวชระเบียนที่มีการกลับมารักษซ้ำภายใน 90 วัน มีเวชระเบียน 11 ฉบับ รวม 111 ฉบับ ทบทวนข้อมูลการได้รับสุขภาพจิตศึกษาซึ่งมีเนื้อหา 4 เรื่อง คือ ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องยา อาการเตือนและการจัดการความเครียด แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามจำนวนเรื่องสุขภาพจิตศึกษาที่ได้รับคือ กลุ่มได้รับ 3-4 เรื่อง กลุ่มได้รับ 1-2 เรื่อง และ กลุ่มไม่ได้รับ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการกลับมารักษซ้ำภายใน 90 วันระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Survival analysis, Kaplan Meier

ผล มีผู้ป่วย 111 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 66.7 เพศหญิงร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 38.2 ปี ระยะเวลาความเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.9 ปี จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3.7 ครั้ง ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 35.2 วัน ได้รับยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวร้อยละ 50.5 กลับมารักษซ้ำภายใน 90 วันจำนวน 20 ราย ระยะเวลาในการกลับมารักษซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 41.9 วัน ผู้ป่วยที่ได้สุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยที่ได้สุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่องร้อยละ 21.6 และที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาร้อยละ 11.7 ระยะเวลาการกลับมารักษซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยที่ได้สุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา

สรุป การให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยในจิตเภทมีผลต่อระยะเวลาของการกลับมารักษซ้ำภายใน 90 วัน ผู้ป่วยควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างน้อย 3-4 ครั้งก่อนจำหน่ายจึงจะมีผลต่อการป้องกันการกลับมารักษซ้ำ

คำสำคัญ : การกลับมารักษซ้ำ จิตเภท สุขภาพจิตศึกษา



The effect of psychoeducation on rehospitalization in schizophrenic patients

Raksuda Kijaroonchai, M.D.

Abstract

Objective To study the result of psychoeducation in schizophrenic in-patients on rehospitalization within 90 days.

Materials and methods Schizophrenic medical records discharged from Srithanya hospital during June 2011 were systemic sampling for 100 cases from 330 cases. Then 11 medical records with 90 day readmission were specific sampling from other 230 cases. Clinical data were recorded. Psychoeducation consisting of 4 topics (knowledge of : illness, medication, warning signs and stress management) was applied to classify patients into three groups according to number of topic. There were the first group attended 3-4 topics, the second group; 1-2 topics, and the third group; none. Descriptive statistic and Kaplan-Meier Survival analysis were analyzed among groups.

Results There were male 66.7% and female 33.3%. Their clinical data were average age 38.3 years old, duration of illness 11.9 years, No. of admission 3.7 times and length of stay 35.2 days. 50.5% of patients had long acting antipsychotics injection. 20 patients were rehospitalized within 90 days. Average duration of rehospitalization was 41.9 days after discharge from hospital. 66.7% attended 3-4 topics, 21.6% attended 1-2 topics, and 11.7% attended none. Rehospitalization within 90 days was significant different between the first group (attended 3-4 topics) and the third group (attended none).

Conclusion Psychoeducation in schizophrenic in-patients had effect on time of relapse for rehospitalization within 90 days. Attending 3-4 topics before discharge had effect on preventing rehospitalization.

Key words : psychoeducation, rehospitalization, schizophrenia

บทนำ

ปัญหาเรื่องอาการกำเริบเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท อัตราการกลับมาอยู่โรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปีของผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 42¹ สาเหตุเนื่องจากไม่รับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 50² การไม่รับประทานยามีสาเหตุมาจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษา การมีทัศนคติด้านลบต่อการรับประทานยา หรือจากผลข้างเคียงของยา วิธีการทางชีวภาพที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยขาดยาและอาการกำเริบคือการได้รับยาชนิดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว³ วิธีการทางจิตสังคมที่จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา⁴ การให้สุขภาพจิตศึกษา คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างเป็นระบบและมีแบบแผนกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลของความร่วมมือดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลงได้^{5,6}

จากสถิติรายงานประจำปี ๒๕๕๓ ของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁷ โรคจิตเภทเป็นโรคอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 60.9 และพบว่า อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 90 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดกำกับคุณภาพบริการอยู่ที่ร้อยละ 93.0 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือร้อยละ 95 ทางคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (clinical team) โรงพยาบาลศรีธัญญาจึงได้ดำเนินโครงการสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดหรือป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ โดยจัดทำแนวปฏิบัติการบำบัดด้านสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้เป็น

ผู้ป่วยใน และประกาศใช้เมื่อ เมษายน ๒๕๕๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง และรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาคือพยาบาล การให้สุขภาพจิตศึกษาใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที เนื้อหาให้สุขภาพจิตศึกษามี 4 เรื่อง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรู้เรื่องยา อาการเตือนของการกำเริบของโรคและการจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มหลังจากที่อาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมที่จะเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่น สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาครบทั้ง 4 เรื่องและประเมินผลภายหลังการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ 1 ปี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยทางคลินิกโดยเฉพาะในด้านการได้รับยาชนิดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวที่มีผลต่อการไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน

วัสดุและวิธีการ

เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งมอบอย่างเป็นระบบ 100 ฉบับจากผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๔ จำนวน 330 ฉบับ ติดตามดูแลการรักษาเป็นระยะเวลา 90 วัน หลังจำหน่ายคือ กรกฎาคม, สิงหาคม และกันยายน ๒๕๕๔ จากนั้นทำการส่งมอบอย่างเฉพาะเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษาซ้ำจากผู้ป่วยที่เหลือ 230 ฉบับ มีเวชระเบียนอีก 11 ฉบับ ทบทวนเรื่องดังต่อไปนี้จากเวชระเบียนคือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการ

อยู่โรงพยาบาล ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล การได้รับยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว การกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ข้อมูลด้านการได้รับสุขภาพจิตศึกษาโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่อง ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่อง และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕

วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก เปรียบเทียบความแตกต่างด้าน อายุ ระยะเวลาความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน กับผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการได้รับยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว การได้รับสุขภาพจิตศึกษาว่ามีผลต่อการไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ด้วยสถิติ Survival analysis, Kaplan Meier.

ผล

พบว่าผู้ป่วยเป็นชายร้อยละ 66.7 หญิงร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 38.3 ปี การศึกษาจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.4 ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส โสดร้อยละ 69.4 คู่ร้อยละ 20.7 อาชีพว่างงานร้อยละ 59.5 รับจ้างร้อยละ 28.8 การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงร้อยละ 70.3 โรคจิตเภทชนิด undifferentiated ร้อยละ 18.9 และโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 10.8 ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่อง ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่อง ร้อยละ 21.6 และที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ร้อยละ 11.7 มีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน 20 ราย ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 41.9 วัน สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำคือขาดการรักษาทำให้อาการกำเริบ

เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกในด้านอายุ ระยะเวลาความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน และ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางคลินิก

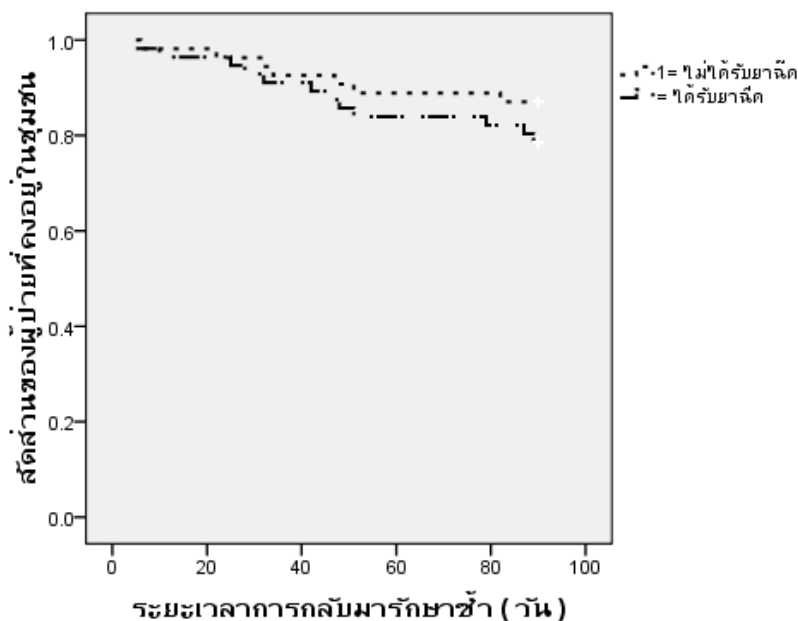
	ผู้ป่วยทั้งหมด (n=111)		ผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ		ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ		p-value
			ภายใน 90 วัน (n=91)		ภายใน 90 วัน (n=20)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
อายุ (ปี)	38.3	10.0	37.9	10.0	40.0	10.1	0.51
ระยะเวลาความเจ็บป่วย (ปี)	11.9	8.9	11.4	8.1	13.8	11.7	0.61
จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล (ครั้ง)	3.7	3.1	3.4	3.1	4.5	2.8	0.06
ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (วัน)	35.2	16.3	35.4	16.7	34.3	14.9	0.76

* Mann-Whitney U test

จากข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวคิดเป็นร้อยละ 50.5 ในกลุ่มที่ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำมีผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ยาวคิดเป็นร้อยละ 48.4 กลุ่มที่มีการกลับมารักษาซ้ำมีผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดชนิดออก

ฤทธิ์ยาวคิดเป็นร้อยละ 60 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ยาวกับกลุ่มที่ได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ยาว ในด้านการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ได้รับยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวกับกลุ่มที่ได้รับยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว



* Kaplan Meier, log rank test $p = 0.34$

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันจำนวน 9 รายคิดเป็นร้อยละ 12.2 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำคือ 47 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่องมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันจำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 25 ค่า

มัธยฐานของระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำคือ 42 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 38.5 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำคือ 22 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

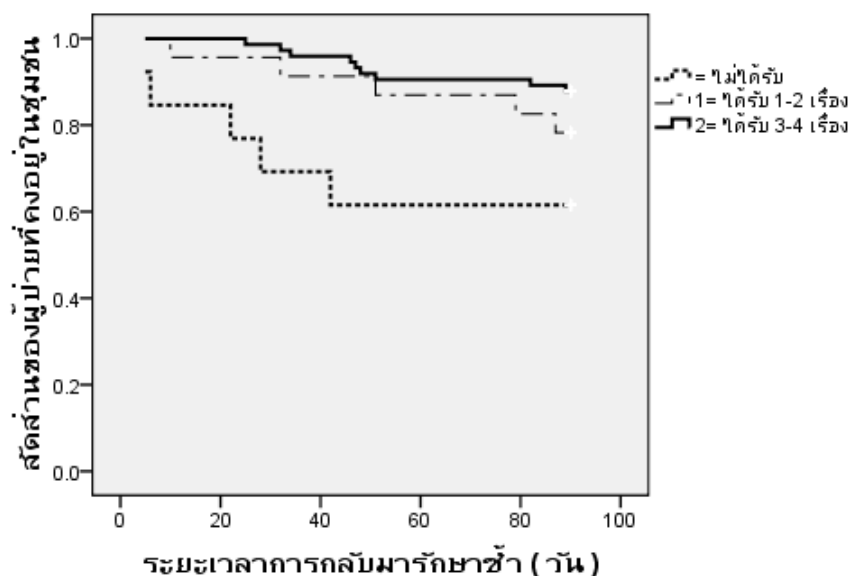
ตารางที่ 2 ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำแยกตามกลุ่มการได้รับสุขภาพจิตศึกษา

	จำนวนผู้ป่วย ที่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน		ค่ามัธยฐานของ ระยะเวลาในการกลับมา รักษาซ้ำ	จำนวนผู้ป่วยที่ ยังคงอยู่ในชุมชน ภายใน 90 วัน	
	ราย	ร้อยละ	วัน	ราย	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่อง (74 ราย)	9	12.2	47	65	87.8
ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่อง (24 ราย)	6	25.0	42	18	75.0
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา (13 ราย)	5	38.5	22	8	61.5

ในด้านการได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่จะมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำระหว่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่าระยะเวลาของการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4

เรื่องแตกต่างจากกลุ่มไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่องและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่องกับกลุ่มไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบการกลับมารักษาค้ำภายใน 90 วันระหว่างผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่อง, 1-2 เรื่อง และไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา



* Kaplan Meier, log rank test เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม $p=.01$

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องกับกลุ่มไม่ได้รับ $p\leq.01$

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องกับกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่อง $p=0.12$

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 1-2 เรื่องกับกลุ่มไม่ได้รับ $p=0.25$

วิจารณ์

การศึกษาเป็นการศึกษาภายใต้แผนการดูแลจริงสำหรับผู้ป่วยในจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านข้อมูลทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยที่ไม่กลับมารักษาค้ำภายใน 90 วัน และผู้ป่วยที่กลับมารักษาค้ำภายใน 90 วัน แต่มีข้อสังเกตคือจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีการรักษาค้ำภายใน 90 วันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาค้ำภายใน 90 วัน อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีการรักษาค้ำภายใน 90 วันมีความรุนแรงของโรคสูงกว่า หรือมีปัจจัยด้าน

ครอบครัว ซึ่งกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีธัญญาพบทวนผลการเยี่ยมบ้าน พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำคือการไม่ยอมรับของญาติและการมีญาติดูแล⁹

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาจิตรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวต่อการไม่กลับมารักษาค้ำภายใน 90 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Adam และคณะ¹⁰ ที่พบว่าไม่มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นความแตกต่างในด้านประสิทธิภาพของการได้รับยาจิตรักษาโรคจิตและการได้รับยาจิตรักษาโรคจิต

ชนิดออกฤทธิ์ยาว ส่วนหนึ่งหนึ่งมาจากการได้รับยาจิตรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวไม่ได้เป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษา¹⁰ โดยพบว่าผู้ป่วยรับยาจิตรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวต่อเนื่องหลังติดตามไป 6 เดือน เหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 การที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยยังคงร่วมมือในการรักษานั้นต้องมีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชนหรือใช้กฎหมายบังคับรักษาโดยใช้ยาจิตรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว (Involuntary Outpatient Commitment)³ ส่วน Hogarthy และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาวมีอาการกำเริบลดลงหลังติดตามไป 2 ปี แต่ต้องมีการให้การบำบัดรายบุคคลแบบเข้มข้นและการบำบัดทางครอบครัวและสังคมควบคู่กันไป แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านมีครอบครัวดูแล ไม่ได้มีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้สุขภาพจิตศึกษา กลับมารักษาซ้ำแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{5,6,12-14} ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดการกำเริบของโรคจิตเภท เนื่องมาจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค (insight) ความร่วมมือต่อการรักษาและลดความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าการที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่องสามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ดีกว่าการไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อวิเคราะห์ไปในรายละเอียดของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งนี้ พบว่ามี

ความแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ กล่าวคือเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น และให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยในที่เพิ่งผ่านช่วงระยะอาการเฉียบพลัน (acute phase) หัวข้อการให้สุขภาพจิตศึกษามีเพียง 4 หัวข้อเนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาต้องรีบทำในระยะเวลาอันสั้นเพราะผู้ป่วยต้องเตรียมตัวจำหน่ายกลับบ้าน ในขณะที่การศึกษานี้มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ^{6,12-14} ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกอยู่ในระยะอาการสงบ (stabilization phase) จำนวนครั้งของการให้สุขภาพจิตศึกษามากกว่าในบางการศึกษาให้ถึง 10 ครั้ง¹³ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาตามรูปแบบนี้โดยผู้ป่วยต้องได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างน้อย 3-4 ครั้งก่อนจำหน่าย แต่ควรติดตามต่อเนื่องเพื่อดูผลการป้องกันการกลับมาซ้ำระยะยาวกว่านี้เพราะการศึกษานี้ติดตามผลการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำเพียง 90 วัน ในขณะที่การศึกษานี้มีติดตามผลการป้องกันการกลับมาซ้ำ 1 ปี 1.5 ปี และ 7 ปี^{6,12-14}

สรุป

การให้การสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยในจิตเภทมีผลต่อระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ผู้ป่วยควรได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างน้อย 3-4 ครั้งก่อนจำหน่ายจึงจะมีผลต่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ อาจพิจารณาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาใช้กับญาติ หรือเพิ่มกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อดูผลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Schooler NR. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J clin Psychiatry* 2003;63:14-7.
2. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. *Arch Gen psychia* 1997;54:453-63.
3. Zhornitsky S, Stip E. Oral versus long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia and special populations at risk for treatment nonadherence: a systematic review. *Schizophrenia Research and Treatment* 2012;2012.doi:10.1155/2012/407171.
4. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65:211-6.
5. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Rev* [online]. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076455>. [15 Jun 2011]
6. Leelanuntaki T, Udomratn P, Kerdpong bunchote C. The results of PRELAPSE in Thailand: comparison one year before and after. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1999;44:3-11.
7. Srithaya Hospital. Annual Report of Srithaya Hospital 2010. Department of Mental Health, 2011.
8. Adam CE, Fenton MKP, Quraishi S, David AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;179:290-9.
9. Warin H. Association factors for rehospitalization in schizophrenic patients. Proceeding The 11th Annual International Mental Health Conference on Healthy with Mental Health; 22nd-24th August 2012; Prince Palace Hotel. Bangkok: Department of Mental Health; 2012.
10. Olfson M, Marcus C, Ascher-Svanum H. Treatment of schizophrenia with long-acting fluphenazine, haloperidol, or risperidone. *Schizophrenia Bulletin* 2007;33:1379-87.
11. Hogarty E, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research* 1998;32:243-50.
12. Taymeeyapradit U. Outcomes of structural education for schizophrenic relative in Songkla Neuro-Psychiatric Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1994;39:2-13.
13. Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis information project study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:854-61.
14. Tongdata S, Pundaricwiwat W. Effect of combined individual and families psychoeducation to schizophrenia patients on patients' daily function abilities (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.