



นิพนธ์ต้นฉบับ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยบางประการ กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

กิตต์กวี โพธิ์โน*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาแบบควบคุม (case control study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง (cases) ได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน จำนวนทั้งสิ้น 91 ราย และกลุ่มควบคุม (control) จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2554 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ใช้สถิติ logistic regression analysis ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

ผล : ข้อมูลประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.01) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 30-39 ปี (ร้อยละ 41.36) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77.48) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 53.40) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.32) ภูมิลำเนา จังหวัดนครพนม (ร้อยละ 48.16) และวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง (ร้อยละ 92.14) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำ (16.27 วัน) น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ (21.10 วัน) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาในโรงพยาบาล ($p < .05$)

สรุป : ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง มีผลกระทบต่อกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในควรให้ความสำคัญ เพื่อลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : โรคจิตเภท การกลับมารักษาซ้ำ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล



LENGTH OF STAY AND FACTORS ASSOCIATED WITH READMISSION AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN NAKHON PHANOM PSYCHIATRIC HOSPITAL

*Kitkawe Pono**

Abstract

Objective : The objective is to study the relationship between length of stay and re-admission in Nakhon Phanom Psychiatric Hospital, and study factors associated with readmission.

Material and Method : This study is a case control study, by a case group of 91 cases from schizophrenic patients who return to admission in hospital within 90 days, and a control group is a total of 100 cases, reviewed from medical records in a past 1-year from Jan 1, 2011 to Dec 31, 2011. This study was analyzed by descriptive statistics, used logistic regression analysis for analyzing factors associated with readmission.

Results : This study found that gender characteristic: consisted of male more than female (89.01%, 10.99%), the most common age range was 30-39 years (41.36%), single status was accounted for 77.48%, 53.40% was primary school education with non-occupation of 48.32%, most of birthplaces is Nakhon Phanom Province (48.16%), and diagnosed with schizophrenia paranoid type of 92.14%. The average length of stay of readmission group was 16.27 days which was less than those non-readmission group (21.10 days) with different statistical significant ($p < .001$), and factors associated with readmission included gender, age, occupation, length of stay, and the number of readmissions ($p < .05$)

Conclusion : Decreased length of stay in hospitals affected increased readmission of patients with schizophrenia. Preparedness in hospitals and concern the average length of stay before discharges is very important to increase community stay and to reduce the chance of return to treatment or readmission of schizophrenic patients.

Keywords : Schizophrenia, Readmission, Length of stay

*Psychiatrist, NakornPanom Rachanakarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรมแปลกประหลาด อาจมีอาการหลงผิด มีอาการประสาทหลอน และสูญเสียการเข้าร่วมสังคม และการดำรงชีวิตประจำวันบกพร่อง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง^{1,2} และอาจจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต³⁻⁵

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนเป็นโรคจิตเภท⁶ ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14 มีอุบัติการณ์ประมาณ 15.2 ต่อแสนประชากร จนถึง 43.0 ต่อแสนประชากร⁷⁻⁸ และจะพบว่าสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่^{1,5} เพศชายและเพศหญิงมีส่วนของการเป็นโรคจิตเภทที่ใกล้เคียงกัน⁷ ในประเทศไทยพบมากเป็นลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช⁹⁻¹⁰ และเป็นหนึ่งในภาวะเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและทางสังคมมากที่สุด¹¹⁻¹⁴

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การกลับเข้ามารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ซึ่งการกลับมารับการรักษาซ้ำนี้ อาจจะมีสาเหตุจนถึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น การรักษาที่เหมาะสมและการเกิดผลข้างเคียงจากยา¹⁵ การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ความร่วมมือในการรักษา¹⁶⁻²² ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล²³⁻²⁶ รวมถึงการใช้สารเสพติดร่วม²⁷ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังยากต่อ

การรักษาและทำให้มีการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

รายงานจากกองแผนงานของกรมสุขภาพจิต⁹ ประจำปี พ.ศ.2553 พบว่าโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ มีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 91 ราย จาก 1,439 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.32 ซึ่งมีสัดส่วนการกลับเข้ามารักษาซ้ำสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่นๆ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต⁹ จึงเป็นที่น่าสนใจว่ามีเหตุใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในกรณีผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะนำมาสู่แนวทางการพัฒนาคุณภาพและองค์ความรู้ที่ได้จะได้นำมาใช้ในการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รูปแบบวิธีการศึกษาคือ unmatched case-control study โดยทำการศึกษาเรื่องของจำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทจากกลุ่มต่อไปนี้เป็น (1) กลุ่มตัวอย่าง (case) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท มีประวัติเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ระยะเวลาใน 1 ปีที่ผ่านมา และ (2) กลุ่มควบคุม (control) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภทและไม่มีประวัติเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภายใน 90 วัน โดยทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 จนถึง 31 ธันวาคม 2554

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาแบบ ใช้สูตรคำนวณของ Schlesselman, J.J29 ได้กลุ่มตัวอย่าง 91 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 100 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเพื่อทำการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มีประวัติเข้ารับการรักษากายในระยะเวลา 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปโดยกระบวนการรักษาที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมถึงไม่สามารถสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาในโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ แจกแจงลักษณะทางทั่วไปทางประชากร แสดงเป็นวิเคราะห์การกระจาย ความถี่ และร้อยละ ใช้การทดสอบ Chi Square วิเคราะห์ t-test เพื่อเปรียบเทียบวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปทางประชากรของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แสดงความสัมพันธ์โดยใช้ Logistic regression และการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลฯ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไป : จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด มีจำนวน 191 ราย พบว่า เพศชาย มีจำนวนมากกว่าเพศหญิง คิดเป็น จำนวน 170 ราย ต่อ 21 ราย (ร้อยละ 89.01 ต่อ ร้อยละ 10.99) ช่วงกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 41.36) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20-29 ปี จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 34.55) ตามลำดับ สถานภาพ พบว่าสถานภาพโสดพบมากที่สุด คือ จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 77.48) รองลงมาเป็น สถานภาพคู่ (สมรส) จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 13.61) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 53.40) อาชีพของกลุ่มประชากรที่พบมากที่สุด คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 48.32) ภูมิลำเนาพบว่าจังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาของกลุ่มผู้ป่วยลำดับแรก คือ จังหวัดนครพนม จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 48.16) รองลงมา คือ จังหวัดสกลนคร จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 26.17) การวินิจฉัยโรคที่พบมากเป็นลำดับแรก คือ Schizophrenia paranoid type (F20.0) จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 92.14) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มที่กลับเข้ามารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในและกลุ่มที่ไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำ

ลักษณะทั่วไป (N=191)	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ
เพศ		
ชาย	75 (44.12)	95 (55.88)
หญิง	16 (76.20)	5 (23.80)
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	3 (30.0)	7 (70.0)
20 - 39	67 (46.2)	78 (53.8)
40 - 59	17 (53.1)	15 (46.9)
มากกว่า 60	4 (100)	0 (0)
สถานภาพ		
โสด	71 (46.63)	77 (53.37)
คู่	10 (38.47)	16 (61.53)
หม้าย/หย่า	10 (66.67)	5 (33.33)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	59 (57.85)	43 (42.15)
มัธยมศึกษา	26 (32.10)	55 (67.90)
อุดมศึกษา	3 (75.0)	1 (25.0)
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่ระบุ	3 (75.0)	1 (25.0)
อาชีพ		
ทำนา/เกษตรกรรม	0 (0)	22 (100)
รับจ้างทั่วไป	4 (40.0)	6 (60.0)
ค้าขาย	2 (40.0)	3 (60.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ไม่ระบุ	84 (56.0)	66 (44.0)
นักเรียน/นักศึกษา/อื่นๆ	1 (25.0)	3 (75.0)
การวินิจฉัยโรค		
F 20.0 (paranoid type)	90 (51.14)	86 (48.86)
F 20.2 (hebephrenic type)	1 (50.0)	1 (50.0)
F 20.3 (undifferentiated type)	0 (0)	2 (100)
F 20.5 (residual type)	0 (0)	4 (100)
F 20.9 (unspecified type)	0 (0)	7 (100)

เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม : ระยะเวลาเฉลี่ยการรักษาในโรงพยาบาล (LOS) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน) รักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มที่กลับเข้ามารักษซ้ำ (กลุ่มศึกษา) มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 16.27 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ (กลุ่มควบคุม) คือ 21.1 วัน โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.00$ (ตารางที่ 2)

สำหรับจำนวนครั้งที่ผ่านมาของการรับไว้ในโรงพยาบาล (Number of readmissions)พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มที่กลับเข้ามารักษซ้ำ (กลุ่มศึกษา) คือ 4.36 ครั้ง มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ไม่กลับเข้ามารักษซ้ำ (กลุ่มควบคุม) คือ 3.08 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.00$ เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มที่กลับเข้ามารักษซ้ำแบบผู้ป่วยในและกลุ่มที่ไม่กลับเข้ามารักษซ้ำ

ข้อมูล	กลุ่มกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ	p-value
จำนวน วันนอนเฉลี่ย (วัน)	16.27	21.10	.00*
จำนวนครั้งเฉลี่ยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)	4.63	3.08	.00*

* $p < .05$

ความสัมพันธ์ : การกลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการ
วิเคราะห์ Logistic regression และตัดปัจจัย
ตัวแปรจนออกจากการวิเคราะห์แล้ว ได้แก่
อายุ เพศ อาชีพ ระยะเวลาการรักษาในโรง
พยาบาล และจำนวนครั้งของการเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลโดยมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .05$) โดยมีความสามารถในการ
อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่
ร้อยละ 30.10 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ

ปัจจัย	กลุ่มกลับมารักษาซ้ำ (กลุ่มตัวอย่าง)	กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ (กลุ่มควบคุม)	Adjusted OR	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	75 (82.41)	95 (95.0)			
หญิง	16 (17.59)	5 (5.0)	6.321	1.905-20.914	0.003*
อายุ					
20-29	26 (28.57)	40 (40.0)			
30-39	41 (45.05)	38 (28.0)			
40-49	15 (16.48)	14 (14.0)	1.487	1.016-2.478	0.041*
อาชีพ					
ทำนา/เกษตรกรรม	0 (0)	22 (22.0)			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84 (92.30)	66 (66.0)	0.649	0.464-0.907	0.011*
ระยะเวลาการรักษา ในโรงพยาบาล	16.27	21.10	0.962	0.932-0.992	0.014*
จำนวนครั้งของการ รักษาในโรงพยาบาล	3.08	4.63	0.739	0.631-0.866	0.00*

* $p < .05$, pseudo $R^2 = .301$

สำหรับตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละระหว่างกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำกับกลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในจังหวัดต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลจิตเวช นครพนม พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่กลับมารักษาซ้ำได้แก่ผู้ป่วยในจังหวัดที่มีสัดส่วนของกลุ่มกลับมารักษาซ้ำ มากกว่าเกือบ 2 เท่าของพวกที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ

วิจารณ์

ลักษณะทั่วไปของประชากร ช่วงอายุของทั้งสองกลุ่มที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความแตกต่างกับช่วงอายุของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่นๆ ที่กลุ่มประชากรที่ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่างวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยกลางคนตอนต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวถึงช่วงอายุของการเจ็บป่วยโรคจิตเภท คือช่วงวัยรุ่น

ตอนปลายจนถึงวัยกลางคน¹ ด้านสัดส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในเพศชายมีสูงกว่าเพศหญิง (ในทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของอาการและอาการแสดงซึ่งจะพบเด่นชัดในเพศชาย⁴ สำหรับสถานภาพสมรส การศึกษาและอาชีพสอดคล้องกับการศึกษาที่มีก่อนหน้านี้ คือ มักจะพบว่าผู้ป่วยมีสถานภาพโสด มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก และไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ เป็นหลัก อาจจะเนื่องมาจากพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพ การศึกษาหน้าที่การทำงานของผู้ป่วยและครอบครัว¹¹ การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่า อายุ เพศ และอาชีพเป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับบางการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วยตั้งแต่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน^{4,16}

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค (จังหวัด)

ภูมิภาค (จังหวัด)	กลุ่มกลับมารักษาซ้ำ (n (%))	กลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำ (n (%))
นครพนม	38 (41.31)	54 (58.69)
สกลนคร	31 (62.0)	19 (38.0)
มุกดาหาร	10 (37.04)	17 (62.96)
อื่น ๆ	12 (59.46)	10 (40.54)

สำหรับระยะเวลาอนในโรงพยาบาลนั้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมีระยะเวลาอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับบางการศึกษาของสหรัฐอเมริกา²³ ได้หวัน²⁴ และแคนาดา³⁰ ที่พบว่าหากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง อาจส่งผลต่อการกลับมารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาวิจัยนี้ก็มีความแตกต่างกับผลการศึกษาวิจัยที่แห่งอื่นอยู่บ้าง เช่น การศึกษาในออสเตรเลีย³¹ ที่ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษานี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งเคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ในพื้นที่ภาคเหนือ พบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรวมถึงระยะเวลาในการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปกลับพบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในรวมถึงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นจากเดิม³³ เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 19.84 วัน ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลจิตเวชอื่นในกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2553 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 31.88 วัน^{9,32} แต่กลับพบการกลับกำเริบซ้ำเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการ

ศึกษานี้อาจจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้มีการปรับปรุงและหรือพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เหมาะสมต่อไป

นอกจากนั้น ยังพบว่าจำนวนครั้งของการมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า การเจ็บป่วยตั้งแต่เมื่ออายุน้อย มีผลต่อจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงขึ้น^{16,19} ซึ่งเป็นตัวทำนายของการ กลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย^{20,21}

สำหรับการศึกษาในด้านภูมิศาสตร์กับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทนั้น แม้จะไม่พบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่สำคัญ แต่ก็มีสิ่งที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเขตจังหวัดนครพนมมีจำนวนสัดส่วนของผู้ป่วยที่กำเริบซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่กำเริบซ้ำ ซึ่งต่างจากกลุ่มผู้ป่วยในจังหวัดสกลนครที่มีผู้กำเริบซ้ำมีสัดส่วนสูงถึงเกือบ 2 เท่าของผู้ที่ไม่กำเริบซ้ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจังหวัดนครพนมเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญมีการดูแลที่ครบวงจร และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งลักษณะการรักษาแบบบูรณาการดังกล่าว อาจจะยังไม่ครอบคลุมในจังหวัดสกลนคร

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งไม่มีจิตแพทย์และไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชเช่นกันกับจังหวัดสกลนครนั้น แต่พบว่าจังหวัดมุกดาหารมีสัดส่วนการ

กลับมารักษาซ้ำน้อยกว่าไม่กลับมารักษาซ้ำประมาณ 2 เท่าเช่นกัน 10 ราย ปรากฏการณ์นี้อาจจะอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในจังหวัดมุกดาหารสามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้ง่ายกว่า เพราะสามารถไปรับบริการได้จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ดังกล่าวควรได้รับการยืนยันโดยการทำการศึกษารายละเอียดถึงการเข้าถึงบริการอย่างเป็นระบบต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการบันทึก การสืบค้นและข้อมูลไม่ครบถ้วนได้ จึงควรมีการวางแผนการศึกษาอย่างเป็นระบบในครั้งต่อไป เช่นการศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) นอกจากนี้ ยังควรทำการศึกษาลำดับปัจจัยเสี่ยง และ ปัจจัยปกป้องอื่นๆ ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น ความร่วมมือในการรักษา (compliance) การหยั่งรู้ความเจ็บป่วยของตนที่ไม่ดี (poor insight) มุมมองและทัศนคติในการรับประทานการรักษาไม่ดี¹⁵⁻²¹ เป็นต้น

สรุป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นอกจากจะมีปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศชาย อายุน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ยังพบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่สั้นและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเขตที่สามารถ

เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ง่าย มีโอกาสกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ และ นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavior Sciences, Clinical Psychiatry: Lippincot Williams and Wilkins, USA, 2003.
2. Van OSJ, Kaper S. Schizophrenia. Lancet 2009; 22: 635-645.
3. Marianne CK, Armando BR. Global Mental Health. MD Danish, Medical Bulletin 2007; 54(1): 42-43.
4. John Mc G, Sukanta S, David C, Joy W. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiologic Reviews 2008; 30(1): 67-76.
5. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systemic review of the prevalence of schizophrenia. PLOS Medicine 2005; 2(5): 233-235.
6. The World Health Report, Mental Health: New understanding, new hope.

- Geneva, World Health Organization (WHO), 2001.
7. McGrath JJ, Susser Es. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia* 2009; 190(4): S7-9.
 8. Gunderson JG, Mosher LR. The Cost of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1975; 132: 901-906.
 9. Department of Mental Health, Division of Plan. Average length of stay in psychiatric hospital, Thailand. 2011. Available from <http://www.dmh.go.th/report/patient/avrgday.asp>.
 10. Kongsakon R, Kanchanatawan B. Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social security scheme, Thailand. *ASEAN Journal of Psychiatry* 2007; 8(2): 118-123.
 11. Serretti A et al. The socioeconomic burden of schizophrenia: a simulation of cost early intervention program in Italy. *Journal of Europe Psychiatry* 2009; 24(1): 11-16.
 12. Lang HC, Su TP. The cost of schizophrenia treatment in Taiwan. *Psychiatric Services* 2004; 55(8): 928-930.
 13. Blomqvist AG, Leger PT, Hoch JS. The cost of schizophrenia: lessons from and international comparison. *Journal of Mental Health Policy Economics* 2006; 9(4): 177-183.
 14. Roshni M, Martin K. Cost of schizophrenia in England. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2007: 23-41.
 15. Castro AP, Elkis H. Rehospitalization rates of patients with schizophrenia discharged on haloperidol, risperidone or clozapine. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007; 29(3): 207 – 212.
 16. Lin CH, Chen CC, Wang SY, Lin SC, Chen MC, Lin CH. Factors affecting time to rehospitalization in Han Chinese patients with schizophrenic disorder in Taiwan. *Kaohsiung Journal Medical Sciences* 2008; 24(8): 408-414.
 17. Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31(3): 751-758.
 18. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63(10): 892-909.

19. David DN, Ana CS. Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period. *Journal of Psychiatry* 2008; 22(2): 69-76.
20. Nirma CS, Diego GB, Lilian SP. A Case-Control Study of Factors Associated With Multiple Psychiatric Readmissions. *Psychiatric Services* 2009; 60: 786-791.
21. Yussuf AD, Kuranga SA, Balogun OR, Ajiboye PO, Issa BA, Adegunloye O, Parakoyi MT. Predictors of psychiatric readmissions to the psychiatric unit of a tertiary health facility in a Nigerian city – a 5 – year study. *Afr J Psychiatry* 2008; 11: 187 – 190.
22. Warnke I, Nordt C, Ajdacic-Gross V, Haug A, Salize HJ, Rössler W. Clinical and social risk factors for the readmission of patients with schizophrenia to psychiatric inpatient care: a long-term analysis. *Neuropsychiatr* 2010; 24(4): 243-51.
23. Heeren O. The association between decreasing length of stay and readmission on a psycho-geriatric unit. *Psychiatric Services* 2002; 53: 76-79.
24. Lin HC, Tian WH, Chen CS, Liu TC, Tsai SY, Lee HC. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: a 3-year population-based study. *Schizophrenia Research* 2006; 83(2-3): 211-214.
25. Sajatovic M, Donenwirth K, Sultana D, Buckley P. Admissions, length of stay, and medication use among women in an acute care state psychiatric facility. *Psychiatric Services* 2000; 51(10): 1278-1281.
26. Roberto F, Jeffrey H, John E. Use of Claims Data to examine the Impact of Length of Inpatient Psychiatric Stay on Readmission Rate. *Psychiatric Services* 2004; 51(1): 560-565.
27. Bimerew MS, Sonn FC, Kortenbout WP. Substance abuse and the risk of readmission of people with schizophrenia at Amanuel Psychiatric Hospital, Ethiopia. *Curationis* 2007; 30(2) : 74-81.
28. Peter JW, Mark O. Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21(3): 200-203.
29. Schlesselman JJ. Sample size requirements in cohort and case control studies of diseases. *American Journal of Epidemiology* 1974; 512: 181-201.
30. Canadian Institute for Health Information, Hospital Mental Health Services in Canada 2004–2005. Ottawa: CIHI, 2007.

31. Browne G, Courtney M, Meehan T.
Types of housing predict rate of re-hospital but not length of stay in people with schizophrenia on the Gold Coast in Queensland. Australia Health Reviews 2004; 27: 65-72.
32. Bunchai N, Pantipa K, Sukda K, Vilairat S. Length of stay mean of inpatients at psychiatric hospital, Thailand. In Somchai Chakrabhandhu et al.(eds.), The 3rd International Conference of Mental Health, Bangkok, Thailand. 2003, pp. 45-50. Bangkok: the Department of Mental Health, Thailand, 2003.
33. Bupawan P, Supasit P. The Effect of 30 Baht policy in relation to the psychiatric service system : Thailand' overall view and case study of psychiatric hospitals in the Northern Region of Thailand. Pitsanulok, Health Research Center, Faculty of Medicine, Naresuan University, 2003.