



นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอน โรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภท

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์*, อารีย์ หินเพชร**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่าง 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2557 จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 448 คน โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนาน ได้แก่ ลักษณะข้อมูลทั่วไป ลักษณะของอาการทางคลินิก ลักษณะการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย binary logistic regression และ multiple logistic regression

ผล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้ binary logistic regression คือ มีการส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ขนาดยา CPZ equivalent dose มากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีการรักษาด้วยไฟฟ้า และรูปแบบการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่ได้รับการปรึกษาสังคมสงเคราะห์ และเมื่อนำปัจจัยทั้ง 5 มาศึกษาต่อด้วย multiple logistic regression พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ยังคงเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมไม่มีแหล่งที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เกี่ยวข้องกับการอยู่ในโรงพยาบาลนาน (มากกว่า 35 วัน) ของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

คำสำคัญ : นอนโรงพยาบาลนาน, โรจิตเภท

*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



RELATED FACTORS OF PROLONGED PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION WITH SCHIZOPHRENIA

*Thatsani Kunchanaphongphan**, *Aree Hinpheh***

Abstract

Objective : The aim of this study was to examine the related factors of prolong psychiatric hospitalization in patients with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and method : This cross-sectional study evaluated 448 schizophrenia inpatients institutionalized between 1 January to 31 December 2014. The related factors of prolonged psychiatric hospitalization with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry was included patients' demographic data, clinical conditions, plan for the discharge dynamics of prolonged hospitalized patients. The results were analysed with binary logistic regression and multiple logistic regression.

Results : An analysis of the study with binary logistic regression the demonstrated factors which significantly related to prolonged hospitalization were prearranging with social workers, CPZ equivalent dose more than 1000 mg per day, the complication of treatment, under Electroconvulsive therapy (ECT), the discharge dynamics of long-stay patients who lived with families/relatives. The results were still statistically significant even analysed with multiple logistic regression technique.

Conclusion : Lack of social support and residential setting after discharge, reverify of symptoms, complication of treatment and under ECT were significantly correlated with prolonged psychiatric hospitalization at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Keywords : prolonged psychiatric hospitalization, schizophrenia

*Psychiatrists, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatric resident, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรโลก โดยผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นและมีการดำเนินโรคต่อเนื่อง ทำให้เป็นภาระอย่างมากต่อครอบครัวและประเทศชาติ¹

ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา พบว่าการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (ร้อยละ 51)² และจากการรายงานประจำปีที่พบว่า แนวโน้มอัตราการครองเตียงหรือการนอนโรงพยาบาลนานกว่ากำหนด (long hospital stay) จากอัตราการครองเตียงผู้ป่วยจิตเวชในปี 2550 - 2554 ร้อยละ 92.56 - 96.90 เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปี 2557 คือ ร้อยละ 106.05, 104.06, 107.13 และ 104.66 ตามลำดับ ซึ่งทำให้มีปัญหาว่าบุคลากรต้องทำงานเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีความจำเป็นในการนอนรักษาในพยาบาลนั้น ก็เป็นไปได้ยาก³⁻⁴

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนาน เช่น การวินิจฉัยโรค ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันของงานวิจัยบางงานวิจัยพบว่าการวินิจฉัยโรค ไม่ใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนาน⁵⁻⁶ ในขณะที่หลายงานวิจัยบ่งชี้ว่า การวินิจฉัยโรค อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งของการนอนโรงพยาบาลนาน^{4,7} นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคทางกายก็มีผลต่อการอยู่โรงพยาบาลนานด้วยเช่นกัน⁸ โดยการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา⁹ พบว่าปัจจัยที่

น่าจะเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาลนาน อาจเกี่ยวข้องกับไม่มีคนดูแลที่บ้าน ไม่ได้รับบริการเมื่อกลับบ้าน เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการพยายามปรับปรุงการรักษาที่ชุมชนนั่นเอง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่รับรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท² และมีปัญหาอัตราการครองเตียงที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่าการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาแนวทางในการลดการนอนโรงพยาบาลนานต่อไป

นิยามศัพท์

การนอนโรงพยาบาลนาน คือ จำนวนวันการนอนโรงพยาบาลที่มากกว่าค่ามัธยฐานคือ 35 วัน

ขนาดของยารักษาโรคจิต คือ คิดเทียบเท่า CPZ equivalent dose¹⁰⁻¹²

ผู้ป่วยจำหน่ายตัดยอด หมายถึงผู้ป่วยที่ได้มีการเริ่มนอนรักษาในโรงพยาบาลมาต่อเนื่องก่อนถึงช่วงเวลาเก็บข้อมูล และมีการจำหน่ายตัดยอดและรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

ผู้ป่วยนอนติดโรงพยาบาล หมายถึงผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและยังไม่มีแผนการจำหน่ายออก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ที่ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) F 20.X ตาม ICD-10 ซึ่งได้เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วง 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2557 อายุ 18 - 60 ปี และมีสัญชาติไทย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 448 คน และเหลือจำนวน 365 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบ/สูญหาย ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อออกไปรักษาโรคทางกายแล้วไม่ได้กลับมาอนรักษาคือที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาภายในวันที่ถูกส่งต่อออกไป ผู้ป่วยที่นอนติดในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีญาติมารับ หรือไม่สามารส่งสถานสงเคราะห์ได้ ผู้ป่วยที่ญาติไม่สมัครใจให้ออนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาซ้ำในช่วงระหว่างที่ทำการศึกษา และผู้ป่วยที่มีการจำหน่ายเพื่อตัดยอด จากนั้นเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในและนอก โดยบันทึกลงในแบบเก็บข้อมูลวิจัยที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ binary logistic regression กำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดให้การนอนโรงพยาบาลมากกว่า 35 วัน

คือเป็นการนอนโรงพยาบาลนาน จากนั้นนำปัจจัยมีนัยสำคัญมาทำการวิเคราะห์ต่อด้วย multiple logistic regression (enter method) และกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแล้ว

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.1) ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี (ร้อยละ 75.9) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.4) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่พบว่าโสด (ร้อยละ 80.0)ว่างงาน (ร้อยละ 76.2) ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิ์ผู้พิการ (ร้อยละ 87.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 82.2) มีระยะเวลาความเจ็บป่วยยาวนานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 47.7) ชนิดของโรคจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น paranoid schizophrenia (ร้อยละ 79.5) พบว่าไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 95.6) โรคร่วมทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดคือ mental retardation (ร้อยละ 3.8) ในข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ พบว่ามีเพียง 75 คน (ร้อยละ 20.5) ที่ไม่ได้ใช้ในช่วงที่มาได้รับการรักษา

นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 16.2 ได้ส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ขนาดยา CPZ equivalent dose ก่อนจำหน่าย พบว่าใช้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 365)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	245	67.1
หญิง	120	32.9
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	277	75.9
มากกว่า 45 ปี	88	24.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ประถมศึกษา	122	33.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	90	24.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปวส.	114	31.2
อุดมศึกษา	39	10.7
สถานภาพสมรส		
โสด	292	80.0
สมรส/ อยู่ด้วยกัน	43	11.8
หย่า/ หม้าย/ แยกกันอยู่	30	8.2
อาชีพ		
ว่างงาน	278	76.2
มีอาชีพ	87	23.8
สิทธิ์การรักษา		
จ่ายเอง	11	3.0
ประกันสังคม/ ต้นสังกัด	34	9.3
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ สิทธิ์ผู้พิการ	320	87.7
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	300	82.2
มี	65	17.8
ระยะเวลาความเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	9	2.5
1 - 5 ปี	91	24.9
6 - 10 ปี	91	24.9
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	174	47.7
ชนิดของโรคจิตเภท		
Paranoid Schizophrenia	290	79.5
Disorganized Schizophrenia	7	1.9
Undifferentiated Schizophrenia	33	9.0
Unspecified Schizophrenia	35	9.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 365) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมทางจิตเวช		
ไม่มี	349	95.6
Mental retardation	14	3.8
Cluster B personality disorder	1	0.3
Attention Deficit Hyperactivity Disorder	1	0.3
สารเสพติด/แอลกอฮอล์		
ไม่มี	290	79.5
มี	75	20.5
การจำหน่ายออกด้วยปัญหาทางกายและกลับมา readmit		
ไม่มี	360	98.6
มี	5	1.4
จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล		
ครั้งที่ 1	91	24.9
ครั้งที่ 2	64	17.5
มากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง	210	57.5
ส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์		
ไม่ได้	306	83.8
มี	59	16.2
ขนาดยา CPZ equivalent dose (ก่อนจำหน่าย)		
น้อยกว่า 500 mg	124	34.0
500 - 1,000 mg	108	29.6
มากกว่า 1,000 mg	133	36.4
มีภาวะแทรกซ้อนทางกายจากการรักษา		
ไม่มี	329	90.1
มี	36	9.9
ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า		
ไม่ได้	334	91.5
มี	31	8.5
การวางแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
ญาติรับกลับบ้าน โดยปรึกษานักสังคมสงเคราะห์/ นักสังคมสงเคราะห์ส่งกลับบ้าน/ ส่งบ้านกึ่ง/ ส่งสถานสงเคราะห์	33	9.0
ญาติรับกลับบ้าน โดยไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์	332	91.0

ขนาดยามากกว่า 1,000 มิลลิกรัม/วัน ร้อยละ 36.4 และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการรักษา ร้อยละ 9.9 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 6.0 มีการรักษาด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 8.5 รูปแบบการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ญาติรับกลับบ้าน โดยไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 91.0

ระยะเวลาอนโรงพยาบาลน้อยที่สุดคือ 2 วัน นานที่สุดคือ 260 วัน ค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 46.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 36.7 วัน ค่ามัธยฐาน คือ 35 วัน (ค่าพิสัยควอไทล์ = 34)

เมื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานกว่าค่ามัธยฐาน (35 วัน) ดังตารางที่ 2 พบว่ามี 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีการส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (OR=4.79, 95%CI=2.49, 9.23) ขนาดยา CPZ equivalent dose มากกว่า 1,000 มิลลิกรัม/วัน (OR=1.75, 95%CI=1.07, 2.88) มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (OR=3.78, 95%CI=1.73, 8.27) มีการรักษาด้วยไฟฟ้า (OR=38.63, 95%CI=5.21, 286.60) การวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมีญาติมารับกลับบ้าน โดยไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ (OR=0.14, 95%CI=0.54, 0.38)

และเมื่อนำปัจจัยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีการส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ขนาดยา CPZ equivalent dose มากกว่า 1,000 มิลลิกรัม/วัน มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีการรักษาด้วยไฟฟ้า และการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน

โดยไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ มาวิเคราะห์ multiple logistic regression ดังตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 5 ปัจจัยยังคงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปราย

ในการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งส่วนใหญ่จะปรึกษาเกี่ยวกับการตามหาหรือติดต่อญาติ ปรึกษาเกี่ยวกับหาที่อยู่หลังจำหน่าย เนื่องจากไม่มีญาติดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Masters และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลมากกว่าภายหลังจากการที่ได้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว (เช่น ส่งรักษาแบบ half-way house, day treatment) เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Zhang และคณะ⁹ และ Gigantesco และคณะ¹³ ที่พบว่า การขาด social support เป็นตัวกำหนดระยะเวลาอนนาน เนื่องจากผู้ป่วยที่ขาด social support ไม่มีแหล่งที่อยู่อาศัยเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ยากลำบากต่อการจำหน่ายผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการได้รับขนาดยา antipsychotic ขนาดสูงในวันที่จำหน่ายนั้น ในการศึกษานี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลนานซึ่งเหมือนกับผลการศึกษาของ Masters และคณะ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับขนาดยาในขนาดสูงสะท้อนถึงมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าทำให้นอนโรงพยาบาลนาน¹⁰ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ไม่ได้มีการวัดประเมินระดับความรุนแรงของโรค

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนอนโรงพยาบาลนาน มากกว่า 35 วัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	นอนนาน > 35วัน (n=176)	ไม่นานนอน ≤ 35วัน (n=189)	Crude OR	95% CI
ส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์				
ไม่มี	130 (42.4)	176 (57.6)	1.00	reference
มี	46 (77.9)	13 (22.1)	4.79	2.49, 9.23*
ขนาดยา CPZ equivalent dose (ก่อนจำหน่าย)				
น้อยกว่า 500 mg	49 (39.5)	75 (60.5)	1.00	reference
500 - 1,000 mg	56 (50.4)	52 (49.6)	1.65	0.98, 2.78
มากกว่า 1,000 mg	71 (53.3)	62 (46.7)	1.75	1.07, 2.88*
มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา				
ไม่มี	148 (45.1)	180 (54.9)	1.00	reference
มี	28 (75.6)	9 (24.4)	3.78	1.73, 8.27*
ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า				
ไม่ได้	146 (43.7)	188 (46.3)	1.00	reference
มี	30 (96.7)	1 (3.3)	38.6	35.21, 286.60*
การวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล				
ญาติรับกลับบ้านโดยปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์/ นักสังคม สงเคราะห์ส่งกลับบ้าน/ ส่งบ้านกึ่ง/ ส่งสถานสงเคราะห์	28 (84.8)	5 (15.2)	1.00	reference
ญาติรับกลับบ้านโดย ไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์	148 (44.5)	184 (55.5)	0.14	0.54, 0.38*

*p-value < 0.05

โดยตรง (เช่นการประเมิน Global Assessment of Function (GAF) Scale) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในการศึกษานี้พบได้ร้อยละ 9.9 (ส่วนใหญ่มีปัญหาหัวใจเต้นผิดจังหวะ delirium Extrapryamidal side-effects (EPS) และ hypotension) เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Addisu และคณะ

ที่พบว่าการเกิด Extrapryamidal side-effects (EPS) เป็นตัวทำนายระยะเวลาอนโรงพยาบาลนาน¹⁴ แต่ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตมีความแตกต่างกันออกไป ผลข้างเคียงของ antipsychotic drug ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบว่าเป็นผลข้างเคียงแบบร้ายแรงส่วนใหญ่คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และแบบรุนแรงน้อยที่พบได้บ่อย ได้แก่ Orthostatic hypotension, vasodilatation with transient collapse

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนอนโรงพยาบาลนาน มากกว่า 35 วัน โดยใช้ multiple logistic regression

ข้อมูลส่วนบุคคล	นอนนาน >35วัน (n=176)	ไม่นานนอน ≤35วัน (n=189)	Adjusted OR	95% CI
ส่งปรึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์				
ไม่มี	130 (42.4)	176 (57.6)	1.00	reference
มี	46 (77.9)	13 (22.1)	3.07	1.40, 6.76*
ขนาดยา CPZ equivalent dose (ก่อนจำหน่าย)				
น้อยกว่า 500 mg	49 (39.5)	75 (60.5)	1.00	reference
500 - 1,000 mg	56 (50.4)	52 (49.6)	1.52	0.82, 2.76
มากกว่า 1,000 mg	71 (53.3)	62 (46.7)	2.22	1.25, 3.88*
มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา				
ไม่มี	148 (45.1)	180 (54.9)	1.00	reference
มี	28 (75.6)	9 (24.4)	3.79	1.59, 9.04*
ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า				
ไม่ได้	146 (43.7)	188 (46.3)	1.00	reference
มี	30 (96.7)	1 (3.3)	44.83	5.78, 332.15*
การวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล				
ญาติรับกลับบ้าน โดยปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์/ นักสังคม สงเคราะห์ส่งกลับบ้าน/ ส่งบ้านกึ่ง/ ส่งสถานสงเคราะห์	28 (84.8)	5 (15.2)	1.00	reference
ญาติรับกลับบ้าน โดย ไม่ได้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์	148 (44.5)	184 (55.5)	0.25	0.08, 0.80*

*p-value < 0.05

and reflex sinus tachycardia¹⁵ ส่วนการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ในการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน ซึ่งให้ผลการศึกษต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ว่าการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าช่วยลดระยะเวลาการนอนเนื่องจากทำให้อาการดีขึ้นได้เร็ว^{9,16-17} แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าตัวแปรเกี่ยวกับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าจะเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้

รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้ามี 30 คน ที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 35 วัน ในขณะที่มีเพียงจำนวน 1 คน ที่อยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าเท่ากับ 35 วัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้ด้วย

ส่วนปัจจัยด้านโรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยที่ต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น พบว่าไม่ได้เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้^{4,7} ทั้งนี้เมื่อดูจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ

การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช และจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นแล้วกลับมา readmit นั้นมีจำนวนตัวอย่างน้อยจึงทำให้ผลการศึกษามากยังไม่ค่อยน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาแบบย้อนหลัง

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลที่เก็บได้จากเวชระเบียนบางส่วนอาจไม่ได้มีการบันทึกไว้ เช่น โรคร่วมทางจิตเวช ผลข้างเคียงจากยา Antipsychotic ดังนั้นการศึกษาไปข้างหน้าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีจำนวนน้อยเกินไป จึงควรวางแผนการทำวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยด้วยเช่นกัน

สรุป

ผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมไม่มีแหล่งที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เกี่ยวข้องกับการอยู่ในโรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภท ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในขณะที่การที่ผู้ป่วยมีญาติคอยดูแลรักษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ในโรงพยาบาลนานของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และ อ.ดร.ธนภูมิ รัตนานุพงศ์ จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ อ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มาสอนความรู้ทางด้านสถิติ การวิจัยทางการแพทย์ และให้คำแนะนำในการเขียนโครงร่าง และขอขอบคุณคุณกฤตณัย แก้วยศ และคุณเกตุรมาศ อยู่ถิณ ศูนย์วิจัยและพัฒนาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ได้ให้คำปรึกษา รวมถึงช่วยเหลือด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 10th. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
2. สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2556. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ; 2556.
3. Majeed MU, Williams DT, Pollock R, Amir F, Liam M, Foong KS, et al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. BMC health services research 2012; 12(1): 410.
4. Douzenis A, Seretis D, Nika S, Nikolaidou P, Papadopoulou A, Rizos EN, et al. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. BMC health services research 2012; 12(1): 166.
5. Mezzich JE, Coffman GA. Factors influencing length of hospital stay. Psychiatric Services 1985; 36(12): 1262-70.

6. Caton CL, Gralnick A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38(8): 858-63.
7. Al-Zahrani H, Al-Qarni A, Abdel-Fattah M. Pattern of psychiatric illnesses among long-stay patients at Mental Health Hospital, Taif, Saudi Arabia: a 10-year retrospective study. *EMHJ* 2013; 19(1).
8. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical Comorbidity in Psychiatric Inpatients: Relation to Clinical Outcomes and Hospital Length of Stay. *Psychosomatics* 2002; 43(1): 24-30.
9. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45(7): 578-85.
10. Masters GA, Baldessarini RJ, Öngür D, Centorrino F. Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Comprehensive psychiatry* 2014; 55(3): 681-7.
11. Gardner DM, Murphy AL, O'Donnell H, Centorrino F, Baldessarini RJ. International consensus study of antipsychotic dosing. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167(6): 686-93.
12. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin* 2010; 36(1): 71-93.
13. Gigantesco A, de Girolamo G, Santone G, Miglio R, Picardi A. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge. *BMC public health* 2009; 9(1): 306.
14. Addisu F, Wondafrash M, Chemali Z, Dejene T, Tesfaye M. Length of stay of psychiatric admissions in a general hospital in Ethiopia: a retrospective study. *International journal of mental health systems* 2015; 9(1): 13.
15. Girardin F, Sztajzel J. Cardiac adverse reactions associated with psychotropic drugs. *Dialogues in clinical neuroscience* 2007; 9(1): 92.
16. Shelef A, Mazeh D, Berger U, Baruch Y, Barak Y. Acute Electroconvulsive Therapy Followed by Maintenance Electroconvulsive Therapy Decreases Hospital Re-Admission Rates of Older Patients With Severe Mental Illness. *The journal of ECT* 2015; 31(2): 125-8.
17. Markowitz J, Brown R, Sweeney J, Mann JJ. Reduced length and cost of hospital stay for major depression in patients treated with ECT. *The American journal of psychiatry* 1987; 144(8): 1025-9.