



การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

รักสุดา กิจอรุณชัย
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี

Survey on Health Literacy and Health Behaviors in Patients with Stable Schizophrenia

Raksuda Kijaroonchai
Srithanya Hospital, Nonthaburi, Thailand

Received: 1 September 2024/ Review: 2 September 2024/ Revised: 2 October 2024/
Accepted: 4 October 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการการรักษาระยะยาว ผู้ป่วยมักมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ พบมีโรคร่วมทางกายสูงโดยเฉพาะภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ กับการมีโรคร่วมทางกาย และการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

วิธีการศึกษา: การสำรวจแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยนอกจิตเภทอาการสงบ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนกรินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ความแปรปรวนทางเดียว วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 972 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 581 ราย (ร้อยละ 59.8) อายุเฉลี่ย 41.6 ± 10.2 ปี มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 25.9 ค่ามัธยฐานการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน = 1 (range 0-30) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 52.3 ± 15.9 คะแนน (range 16-80) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 47.8 ± 6.4 คะแนน (range 18-62) คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเฉลี่ย 59.7 ± 9.8 คะแนน (range 17-75) ระยะเวลาป่วยมากกว่า 10 ปี และค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตั้งแต่ 58 คะแนนลงมา มีผลต่อการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 1.90, 95%CI = 1.44-2.50, $p=.00$, AOR = 1.66, 95%CI = 1.27-2.19, $p=.00$ ตามลำดับ)

สรุป: ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งต่ำกว่าประชากรทั่วไป พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาป่วยและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำกับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ, จิตเภท

*Corresponding author: Raksuda Kijaroonchai, E-mail: drraksuda@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Schizophrenia is a condition requiring long-term treatment. Patients often exhibit lifestyles that increase health risks and have a high prevalence of comorbid medical conditions, especially metabolic syndrome. Health literacy has a positive correlation with health behaviors. This study aimed to determine the level and relationship between health literacy, health behaviors, and relapse prevention behaviors with the presence of comorbid medical conditions and inpatient treatment.

Methods: A cross-sectional survey was conducted on stable out patients schizophrenia at Srithanya Hospital, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Pathum Thani Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, and Sena Hospital in Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Data were collected using assessments of health literacy, health behaviors, and relapse prevention behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, binary logistic regression.

Results: A total of 972 participants were included, with 581 males (59.8%). The average age was 41.6 ± 10.2 years. The percentage of participants with comorbid medical conditions was 25.9%. The median number of inpatient admissions was 1 (range 0-30). The average health literacy score was 52.3 ± 15.9 (range 16-80) the average health behavior score was 47.8 ± 6.4 (range 18-62) and the average relapse prevention behavior score was 59.7 ± 9.8 (range 17-75). The duration of illness more than 10 years and a preventive behavior score of 58 or below are significantly associated with an increased likelihood of inpatient treatment (AOR = 1.90, 95%CI = 1.44-2.50, $p = .00$, AOR = 1.66, 95%CI = 1.27-2.19, $p = .00$, respectively).

Conclusion: Stable schizophrenia patients have fair levels of health literacy and health behaviors, which are lower than those of the general population. There is a significant association between the duration of illness and relapse prevention behaviors with inpatient treatment.

Keywords: health literacy, health behaviors, relapse prevention behaviors, schizophrenia.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความสำคัญอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม รวมถึงต้องการการรักษาระยะยาว แม้ว่าปัจจุบันการรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถอยู่ในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโรคร่วมทางกายสูงโดยเฉพาะภาวะเมแทบอลิกซินโดรมได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน อายุขัยของผู้ป่วยน้อยกว่าประชากรทั่วไป 15 ปี อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่า 5 เท่า สาเหตุเนื่องจากการเลือกใช้รูปแบบชีวิตไม่เหมาะสม เช่น การใช้ชีวิตแบบอยู่ประจำที่ (เคลื่อนไหวน้อย) สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย กินอาหารไม่สมดุลและผลข้างเคียงจากยา¹⁻³

จากการศึกษาสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดคิดเป็นร้อยละ 20⁴, 42⁵ และ 52⁶ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะพุทธิปัญญาและความรอบรู้ทั่วไปของจิตเภทพบว่ามีผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 13⁷ สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะอาการสงบคือการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการดูแลทางจิตสังคมกับผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การเข้าถึงบริการด้านต่างๆ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เห็นความสำคัญและยึดมั่นในการรักษา มีการใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และมีการประคับประคองด้านอารมณ์ที่เหมาะสม⁸ ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำกับการมีโรคร่วมทางกายและการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบอันจะส่งผลให้สุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้นได้ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นระยะที่ 1 ของงานวิจัยการสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เอกสารเลขที่ใบรับรอง STY.CO014/2567 วันที่ 4 มกราคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยนอกจิตเภทที่อาการสงบโดยมีเกณฑ์คือ อายุ 18-60 ปี clinical global impressions-severity (CGI-S) ≤ 3 จากการประเมินโดยทีมวิจัย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 8 สัปดาห์⁹ ไม่มีความบกพร่องของการรู้คิด ได้แก่ mental retardation ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disabilities) ออทิสติก (autistic) โรคสมองเสื่อม (dementia) ภาวะเพ้อ (delirium)

วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและโรคจิตเภทพบว่าอัตราผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำคิดเป็นเฉลี่ยร้อยละ 31.2 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมการคำนวณ sample size for estimating an infinite population

$$\text{proportion จาก n4Studies}^{10} \quad n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

โดยแทนค่า สัดส่วนประชากร P = 0.31

ต้องการความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น Z=1.96

ความคลาดเคลื่อน 20% ดังนั้น d=0.06

ค่า Alpha= 0.05 แทนค่าในสูตร

Output: Z(0.975) = 1.96, p = 0.31, d = 0.06

n = 228.26

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 229 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 15 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 270 ราย การคำนวณนี้ใช้สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบ simple random ซึ่งจากการพิจารณาของผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงควรมีจำนวนที่มากขึ้นโดยทำการสำรวจในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลละ 270 ราย ดังนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นตัวแทนโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์เป็นตัวแทนโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลาง และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เป็นตัวแทนโรงพยาบาลจิตเวชขนาดเล็ก โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่อยู่ในเครือข่ายการสนับสนุนของโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี 120 ราย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 80 ราย และโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 70 ราย รวมเป็น 270 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยภาคสนามเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่มีมารับบริการตามปกติและตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วยทุกราย มีการชี้แจงว่า ข้อมูลจากการประเมินไม่ส่งผลต่อการรักษา โดยผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระยะเวลาการเจ็บป่วย (duration of illness, DOI) จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล โรคร่วมทางกาย และโรคร่วมทางจิตเวช

2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ¹¹ (health literacy) จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ให้คะแนนตามความยากง่ายของการกระทำ 5 ระดับคือ 1 = ไม่เคยทำ 2 = ทำได้ยากมาก 3 = ทำได้ยาก 4 = ทำได้ง่าย 5 = ทำได้ง่ายมาก ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี = 16-47 คะแนน พอใช้ = 48-55 คะแนน ดี = 56-63 คะแนน ดีมาก = 64-80 คะแนน

3) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

3.1 พฤติกรรมสุขภาพ¹¹ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร มีคำถาม 6 ข้อ 2) การออกกำลังกาย มีคำถาม 2 ข้อ 3) การจัดการความเครียดและระดับความเครียด มีคำถาม 2 ข้อ 4) การสูบบุหรี่มีคำถาม 2 ข้อ 5) การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคำถาม 1 ข้อ ประเมินการปฏิบัติในรอบ 6 เดือน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย (6-7, 4-5, 3 และ 1-2 วัน, ไม่ปฏิบัติ) ต่อสัปดาห์ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดี = 13-39 คะแนน พอใช้ = 40-45 คะแนน ดี = 46-51 คะแนน ดีมาก = 52-65 คะแนน

3.2 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 1) การยึดมั่นในการรักษาและการจัดการเรื่องยา มีคำถาม 3 ข้อ 2) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มีคำถาม 1 ข้อ 3) อาการเตือนการป่วยซ้ำมีคำถาม 3 ข้อ 4) การรับรู้และจัดการกับความเครียดมีคำถาม 3 ข้อ 5) การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นมีคำถาม 2 ข้อ 6) กิจกรรมภายในบ้านมีคำถาม 2 ข้อ 7) การมีส่วนร่วมมีคำถาม 1 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ กระบวนการพัฒนาเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ¹⁰ และการติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹² นำร่างแบบประเมินให้

ผู้เชี่ยวชาญคือจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน การใช้ภาษา สอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ หรือ Index of item-objective congruence (IOC) ≥ 0.7 ปรับแก้ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและทดลองนำไปใช้ (cognitive debriefing) กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้จริงแบบประเมินนี้ให้ผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติของตนในรอบ 2 เดือน ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ 1 = ไม่ปฏิบัติ 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = ทุกครั้ง ระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการป่วยซ้ำ ไม่ดี = 15-45 คะแนน พอใช้ = 46-51 คะแนน ดี = 52-60 คะแนน ดีมาก = 61-75 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิตเวช คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) หาความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับการมีโรคร่วมทางกาย การเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) โดยวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว (univariate) จากนั้นวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ multiple logistic regression) และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนมีจำนวนทั้งหมด 972 ราย เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีธัญญา 353 ราย (ร้อยละ 36.3) เป็นเพศชาย 581 ราย (ร้อยละ 59.8) อายุเฉลี่ย 41.6 ± 10.2 ปี (range 18-60) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 41.8 อาชีพว่างงาน (ร้อยละ 47.9) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 10.8 ± 7.71 ปี จำนวนครั้งการอยู่โรงพยาบาลค่ามัธยฐานเท่ากับ 1 (ต่ำสุด 0 ครั้ง สูงสุด 30 ครั้ง) ไม่เคยอยู่โรงพยาบาล 406 ราย (ร้อยละ 41.8) อยู่โรงพยาบาล 1-4 ครั้ง 460 ราย (ร้อยละ 47.3) อยู่โรงพยาบาล 5-9 ครั้ง 80 ราย (ร้อยละ 8.2) อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 9 ครั้ง 26 ราย (ร้อยละ 2.7) มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 25.9) เป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 9.2) เบาหวาน (ร้อยละ 7.1) มีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 7.7) เป็นโรคจากการใช้แอมเฟตามีน (ร้อยละ 4.4) การใช้แอลกอฮอล์และกัญชา (ร้อยละ 1.4) พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา 43.7 ± 9.5 ปี (range 21-60) และ

โรงพยาบาลปทุมธานี 44.5 ± 11.2 ปี (range 20-60) สูงกว่าโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 37.8 ± 9.5 ปี (range 18-59) และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 39.6 ± 10.1 ปี (range 18-59) อย่างมีนัยสำคัญ ระยะเวลาป่วยของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา 13.2 ± 8.4 ปี (range 2-40) และโรงพยาบาลปทุมธานี 11.9 ± 7.3 ปี (range 2-40) สูงกว่าโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 7.3 ± 5.7 ปี (range 1-35) และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 9.1 ± 5.7 ปี (range 1-25) อย่างมีนัยสำคัญ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยผู้ป่วยทั้งหมด 52.3 ± 15.9 คะแนน (range 16-80) โรงพยาบาลศรีธัญญา คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 52.1 ± 13.4 คะแนน (range 16-80) ต่ำกว่าโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 57.3 ± 12.5 คะแนน (range 16-80) และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 56.5 ± 14.2 คะแนน (range 19-80) อย่างมี

นัยสำคัญ แต่สูงกว่าโรงพยาบาลปทุมธานี 35.6 ± 19.0 คะแนน (range 16-80) อย่างมีนัยสำคัญ

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยผู้ป่วยทั้งหมด 47.8 ± 6.4 คะแนน (range 18-62) โรงพยาบาลศรีธัญญามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 48.6 ± 6.0 คะแนน (range 18-61) สูงกว่าโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 45.3 ± 7.4 คะแนน (range 29-59) อย่างมีนัยสำคัญ โรงพยาบาลปทุมธานีมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 48.6 ± 4.9 คะแนน (range 32-60) สูงกว่าโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเฉลี่ยผู้ป่วยทั้งหมด 59.7 ± 9.8 คะแนน (range 17-75) โรงพยาบาลศรีธัญญามีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 55.5 ± 9.2 คะแนน (range 25-75) ต่ำกว่าโรงพยาบาลทุกแห่งอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของแต่ละโรงพยาบาลโดย One-way ANOVA

	Srithanya 353 (36.3)	Songkhla 198 (20.3)	Nakhon Ratchasima 177 (18.2)	Pathum Thani 123 (12.6)	Ayutthaya 75 (7.7)	Sena 46 (4.7)	Total 972 (100)
Mean (SD)							
Age (yrs)	43.7(9.5)**	37.8(9.5)**	39.6(10.1)**	44.6(11.2)*	39.9(9.5)	44.0(10.8)	41.6(10.2)
DOI (yrs)	13.2(8.4) **	7.3(5.7)**	9.1(5.7)**	11.9(7.3)	9.7(6.3)	12.9(10.3)	10.8(7.7)
Health literacy	52.1(13.4) **	57.3(12.5)**	56.5(14.2)**	35.6(19.0)**	56.3(16.5)**	54.0(12.7)	52.3(15.9)
Health behaviors	48.6(6.0) **	47.5(6.7)	47.4(7.1)	48.6(4.9)	45.3(7.4)	46.0(5.8)	47.8(6.4)
Relapse prevention behavior	55.5(9.2) **	61.4(9.3)	63.0(10.1)	62.5(8.3)	60.7(10.0)	61.8(8.5)	59.7(9.8)

DOI (duration of illness) คือระยะเวลาป่วย

*p<.05, **P<.01

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้ univariate พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการมีโรคร่วมทางกาย แต่พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน นำปัจจัยที่มีค่า $p < 0.2$ จากการวิเคราะห์ univariate ไปวิเคราะห์ multivariate พบว่าระยะเวลาป่วย และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ หาคัดตัดของระยะเวลาป่วยและค่าคะแนน

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อเป็นตัวแปรในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เลือกจุดตัดระยะเวลาป่วยที่ค่ามัธยฐานคือ 10 ปี ส่วนค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำนำมาหาจุดตัดโดยการสร้าง receiver operating characteristic (ROC) curve กำหนด positive event คือการไม่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ได้จุดตัดที่ 59 คะแนน ค่า sensitivity เท่ากับ 64.3 ค่า specificity เท่ากับ 52 นำปัจจัยต่างๆ และ 2 ตัวแปรคือ ระยะเวลาป่วยมากกว่า

10 ปี และ ค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตั้งแต่ 58 คะแนนลงมา วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีอีกครั้ง พบว่าระยะเวลาป่วยมากกว่า 10 ปี และค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตั้งแต่ 58 คะแนนลงมา มีผลต่อการเข้ารับ

รักษาเป็นผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 1.90, 95%CI = 1.44-2.50, p=.00, AOR = 1.66, 95%CI = 1.27-2.19, p=.00 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

	Univariate		Multivariate		p-value
	N	p	Adjusted OR	95%CI	
Sex (male)	581	0.09	1.19	(0.90, 1.55)	0.24
Comorbid med	252	0.07	1.10	(0.74, 1.63)	0.64
DM	69	0.01	1.70	(0.90, 3.18)	0.10
HT	89	0.16	1.01	(0.58, 1.77)	0.97
alcohol	14	0.12	2.21	(0.59, 8.30)	0.24
amphetamine	43	0.12	1.54	(0.76, 3.14)	0.23
kratom	12	0.08	3.20	(0.64, 15.84)	0.16
DOI≥10yrs	420	.00**	1.90	(1.44, 2.50)	.00**
Relapse prevention behavior score≤58	548	.00**	1.66	(1.27, 2.19)	.00**

Comorbid med (comorbid medical condition) คือโรคร่วมทางกาย, DOI (duration of illness) คือระยะเวลาป่วย

**p<.01

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบทั้งหมด มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้¹¹ (52.3 คะแนน (SD=15.9, range 16-80) และ 47.8 คะแนน (SD=6.4, range 18-62) ตามลำดับ) ซึ่งต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 60.6 (SD=11.85) และ 77.04 (SD=12.10) ตามลำดับ)¹³ ผลคะแนนที่ต่ำกว่าของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ⁶⁻⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพหรือ กิจกรรมทางกายน้อย น้ำหนักเกิน และมักมีโรคทางกายร่วม⁷

กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลปทุมธานี มีอายุเฉลี่ยและระยะเวลาป่วยเฉลี่ยมากกว่า แต่คะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

นครินทร์อย่างมีนัยสำคัญ และโรงพยาบาลศรีธัญญามีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำต่ำกว่าทั้ง 2 โรงพยาบาลดังกล่าวด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีอายุมากและป่วยเรื้อรังส่งผลต่อ cognitive functions และความรู้ด้านสุขภาพ⁷ ส่วนโรงพยาบาลปทุมธานีแม้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยและระยะเวลาป่วยเฉลี่ยสูงเหมือนโรงพยาบาลศรีธัญญา แต่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูง อาจเกิดจากปัจจัยอื่นเช่น ผู้ป่วยมีลักษณะอาการทางคลินิกรุนแรงน้อย กรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ยากซับซ้อน สามารถส่งต่อโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ เนื่องจากอยู่ในเขตบริการสุขภาพเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์ multivariate จากผู้ป่วยทั้งหมดพบว่าระยะเวลาป่วยมากกว่า 10 ปี และค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตั้งแต่ 58 คะแนนลงมา มีผลต่อการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 1.90, 95%CI = 1.44-2.50, p=.00, AOR = 1.66, 95%CI = 1.27-2.19, p=.00 ตามลำดับ) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ประกอบด้วยหัวข้อที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ เกิดจากผู้ป่วยไม่ตระหนักกับโรคที่ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนป่วยซ้ำ การใช้สารเสพติด และความต้องการ การดูแลระดับประจักษ์ของระบบสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก¹⁴

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างยังไม่เป็น ตัวแทนของผู้ป่วยทั้งประเทศเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในเขตเมือง และอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นส่วนใหญ่ การให้ผู้ป่วยตอบ แบบประเมินเอง ข้อมูลหลายอย่างอาจถูกละเลยหรือไม่ใส่ใจ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะข้อมูลโรคร่วม ทางกาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษานี้ต่างจาก การศึกษาอื่นที่พบว่าโรคร่วมทางกายสูง ดังนั้นยังควรให้ ความสำคัญและเฝ้าระวังโรคร่วมทางกายและภาวะเมแทบอลิก ซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภท

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในระบบบริการสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการ จัดทำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการส่งเสริมในการวิจัยระยะถัดไป

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งต่ำกว่าประชากรทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำกับการมีโรคร่วมทางกาย พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาป่วยและพฤติกรรมป้องกันการ ป่วยซ้ำกับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการสร้าง โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการส่งเสริมได้รับการสนับสนุนทุน จากมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา ขอขอบคุณ พญ.อรรณณ ศิลปกิจ ที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการออกแบบ การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(2):83-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835035ca
2. McCreddie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003;183(6):534-9. doi:10.1192/03-162
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(4): 334-41. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015;72(4):334-41
4. Clausen W, Watanabe-Galloway S, Baerentzen MB, Britigan DH. Health literacy among people with serious mental illness. *Community Ment Health J* 2016;53:399-405.
5. Sato Y, Sugawara N, Kawamata Y, Shimoda K, Yasui-Furukori N. Survey of health literacy among Japanese outpatients with mental illness. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2023;19:1369-78. doi: 10.2147/NDT.S409882.
6. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP, Wolstencroft K, Turut S, et al. Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Res* 2019;280:112499. doi:10.1016/j.psychres.2019.112499
7. Thomson S, Galletly C, Prener C, Garverich S, Liu D, Lincoln A. Associations between health literacy, cognitive function and general literacy in people with schizophrenia attending community mental health clinics in Australia. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1):245. doi:10.1186/s12888-022-03901-7
8. Grover S, Chakrabarti S, Kulhara P, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2017;59 (Suppl 1):19-33. doi:10.4103/0019-5545.196972

9. Leucht S. Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(suppl 1): 8-14. doi: 10.4088/JCP.13049su1c.02.
10. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.2. App store; 2023.
11. Health Education Division. Department of Health Service Support Building. Tool for working-age people in villages to change health behavior. 2022.
12. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health. Handbook for the Care of Schizophrenia Patients for Hospitals in Health Regions (Nurses/Public Health Academics Edition). Nonthaburi : Victoria Image Company Limited, 2017.
13. Kitipong R, Yuwadees N, Nipar S, Piyaorn R, Punnathut B, Metha P. Health literacy and health behaviors of person in Muang district, Burirun province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2023;17(2): 11-30.
14. Lorine K, Goenjian H, Kim S, Steinberg AM, Schmidt K, Goenjian AK. Risk factors associated with psychiatric readmission. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203(6): 425-33. doi: 10.1097/NMD.000000 00000 00305.

SMJ