

Factors Associated with 28-Day Readmission among Patients with Schizophrenia: A Second Episode at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Somrudee Chumkaew¹, Warinda Athikanaporn¹, Panya Yunyongtrakul¹, Pornchanok Jumphet¹

¹Somdej Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

Abstract

Introduction: A growing number of schizophrenic patients are facing readmission problems. It affected the recovery of patients and reflected on the quality of treatment for schizophrenia patients.

Objective: To study factors associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Methodology: Retrospective analytical studies. The study conducted data from October 1, 2023 to September 30, 2024, collected data from the 28-day readmission analysis report. The sample group was 102 patients with readmission schizophrenia in 28 days. Selection was purposive sampling. The data collection tool is a data recording form readmission of schizophrenia patients. The content validity index was 0.87. Descriptive statistics and inferential statistics such as Chi-square test, Fisher's exact test, and Multiple logistics regression analysis were used for data analysis

Results: The finding found that female (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) and the number of times of treatment received 7 or more times (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) were statistically significantly associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Conclusion: Female and the number of times of treatment received 7 times or more. It was associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Implications: Psychiatric nurses can use the results of this study to plan nursing to prevent readmission of schizophrenia patients within 28 days, second episode, with a focus on female patients and patients who have been treated 7 or more times.

Keywords: Readmission, Schizophrenia, Schizophrenia patients

Corresponding author: Somrudee Chumkaew, e-mail: nusomdee2511@gmail.com

Received: 12 March 2025 **Revised:** 25 August 2025 **Accepted:** 25 August 2025

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สมฤดี ชุมแก้ว¹, วฤณดา อธิคณาพร¹, ปัญญา ยืนยงตระกูล¹, พรชนก จุมพิต¹

¹สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย และสะท้อนถึงคุณภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน จำนวน 102 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test, Fisher's exact test และ Multiple logistics regression analysis

ผลการวิจัย: พบว่า เพศหญิง (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: เพศหญิงและจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลจิตเวชสามารถนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป

คำสำคัญ: การกลับมารักษาซ้ำ, โรคจิตเภท, ผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิต มีการดำเนินโรคเรื้อรัง มีความรุนแรง และทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง (Wang et al., 2016) ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 20 ล้านคน โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก และผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า (World Health Organization: WHO, 2022) ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประมาณ 500,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Chong et al, 2016) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน 2) อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์ท้อ เฉยเมย ขาดความสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และ 3) อาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน การคงความใส่ใจ มีความบกพร่อง ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในเมื่อมีอาการทางจิตสงบจิตแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาพบแพทย์ตามนัด ปัญหาสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการกลับมารักษาซ้ำในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งนอกจากจะสะท้อนถึงความไม่ต่อเนื่องในการรักษาแล้ว ยังเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสาธารณสุขและครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย (28 Days readmission) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากสะท้อนถึงความล้มเหลวในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Vigod et al., 2015) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วันมีตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 20 ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบสาธารณสุขและเกณฑ์การวัดผล (Donisi et al., 2016) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นศูนย์การดูแลด้านสุขภาพจิตขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ชลบุรี และระยอง รวมถึงมีผู้เข้ารับบริการที่หลากหลายจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 1,875, 1,911 และ 1,904 คน ตามลำดับ และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากจำหน่าย มีจำนวน 121, 138 และ 196 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.45, 7.22 และ 10.29 ตามลำดับ และเกินค่าเป้าหมายที่ทีมนำทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้กำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 10.0 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2566) ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูของตัวผู้ป่วย และบ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแลรักษา

ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความซับซ้อนและหลากหลาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน (Thongkam et al., 2016) การไม่มาตรวจตามนัดกับจิตแพทย์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน (Okumura et al., 2018; พิษณุพันธ์ นามวงศ์ และ วิญญู ชะนะกุล, 2561) การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนและกัญชา (Rømer Thomsen et al., 2018) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ถึง 4.92 เท่า (ณัฐพล บำรุงพฤกษ์, 2564) ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมหงุดหงิดอาละวาด ก้าวร้าว ไม่รับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Poor insight) ใช้สารเสพติด ไม่นอน มีอาการข้างเคียงจากยา

(อานีตา มุขตารี, 2563) เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีความเครียด ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน (พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล, 2561; กนกวรรณ บุญเสริม, 2559; อานีตา มุขตารี, 2563) ถึงแม้ว่ามีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นและนำมาวางแผนแก้ปัญหาแล้ว แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังคงกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซ้ำอีก (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2566) สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจึงไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีข้อจำกัดในการศึกษาในบริบทพื้นที่ที่มีความเฉพาะอย่างกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเป็นเมืองใหญ่ มีความหนาแน่นประชากรสูง ประชากรมีฐานะทางเศรษฐกิจที่หลากหลาย และเป็นพื้นที่ที่มีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นมาก รวมถึงมีความซับซ้อนของระบบการดูแลด้านสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาลักษณะและปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วันในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของเขตกรุงเทพมหานคร จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นการศึกษาการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 แต่ทั้งนี้พบว่ายังมีผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซ้ำอีก จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาก็คจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันการกลับมารักษารักษาซ้ำโดยคำนึงถึงปัจจัยที่แท้จริงในบริบทของสถาบันฯ นำไปสู่การลดอัตราการกลับมารักษารักษาซ้ำ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

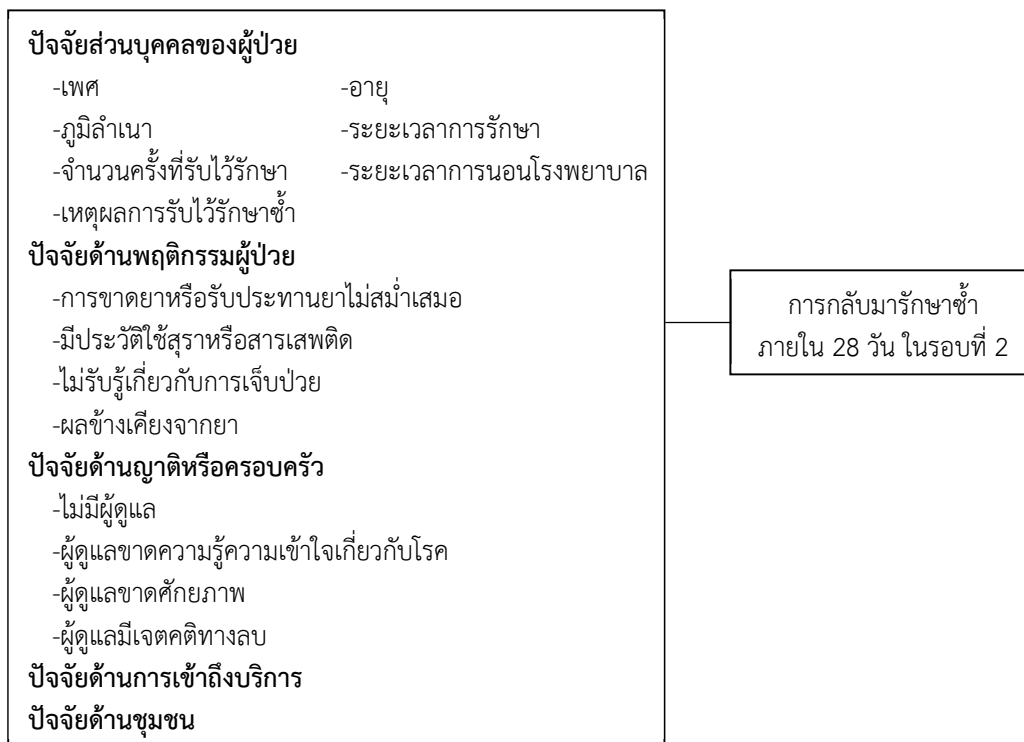
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยของ พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล (2561) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย ปัจจัยด้านญาติหรือครอบครัว ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 รายละเอียดดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical study) โดยข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วันทุกราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทั้งหมด จำนวน 166 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วันทุกราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทั้งหมด จำนวน 102 คน คัดเลือกจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 14-59 ปี
- 2) เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตทุกเลา
- 3) เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมในโรงพยาบาลก่อนนัดหมายโดยไม่ได้วางแผน
- 4) แบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) บันทึกข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยในรายนั้น ๆ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) การจำหน่ายครั้งก่อนหน้าเป็นการจำหน่ายเพื่อส่งต่อฉุกเฉินด้วยปัญหาโรคทางกาย (Refer)
- 2) ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2568) ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา (จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน) ระยะเวลาการรักษา จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า เหตุผลการรับไว้รักษาของแพทย์ และการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสาเหตุการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือกดังนี้ การขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การเกิดผลข้างเคียงของยา การไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Poor insight) และ การใช้สุราหรือสารเสพติด 2) ด้านญาติหรือครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือกดังนี้ มีปัญหาครอบครัว ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแลแต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีผู้ดูแลแต่ขาดศักยภาพ และ ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ 3) ด้านปัญหาการเข้าถึงบริการ เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือ ไม่มี จำนวน 1 ข้อ และ 4) ด้านปัญหาในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือ ไม่มี จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.87 จากนั้นนำไปทดลองใช้โดยให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกข้อมูล และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หนังสือรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 027/2567 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และจะถูกเก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ที่ต้องผ่านการเข้ารหัสก่อนทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เข้าระบบได้เพียงผู้เดียว และจะเก็บข้อมูลไว้นาน 3 ปี หลังสิ้นสุดการศึกษาจะถูกทำลายทิ้งด้วยการลบข้อมูลอย่างถาวร ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอดจนไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอันเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17)

2. คัดเลือกแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ต้องการ ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 มีรายงานการเข้ารับการรักษา จำนวน 166 คน ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 102 คน

3. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภท โดยใช้สถานที่ซึ่งเป็นส่วนตัว ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ภายหลังบันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยส่งคืนเอกสารให้ผู้รับผิดชอบ

4. บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาลูกป่วยจิตเภท ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ (Bivariate analysis) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และกำหนดตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < .05$ เพื่อนำเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistics regression analysis) ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.71 โดยมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี ร้อยละ 50.98 ($M=36.93$, $SD=10.98$) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 79.41 ระยะเวลาการรักษา 1-5 ปี ร้อยละ 45.10 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง ร้อยละ 52.94 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้ามากกว่า 28 วันขึ้นไป ร้อยละ 33.33 เหตุผลการรับไว้รักษาของแพทย์ด้วยอาการอาละวาด ก้าวร้าว ร้อยละ 72.55 และ พบผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ร้อยละ 22.55 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n=102$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	64.71
หญิง	36	35.29
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี	52	50.98
35 ปีขึ้นไป	50	49.02
($M=36.93$, $SD=10.98$, $Median=34$, $Min=17$, $Max=59$)		
ภูมิลำเนา (จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน)		
กรุงเทพมหานคร	81	79.41
ต่างจังหวัด	21	20.59
ระยะเวลาการรักษา		
1-5 ปี	46	45.10
6-10 ปี	24	23.53
11-15 ปี	21	20.59
มากกว่า 15 ปี	11	10.78
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา		
1-6 ครั้ง	54	52.94
7 ครั้งขึ้นไป	48	47.06
($M=8.08$, $SD=6.41$, $Median=6$, $Min=2$, $Max=28$)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า		
1-7 วัน	12	11.76
8-14 วัน	16	15.69
15-21 วัน	21	20.59
22-28 วัน	19	18.63
มากกว่า 28 วันขึ้นไป	34	33.33
เหตุผลการรับไว้รักษาของแพทย์		
อาละวาด ก้าวร้าว	74	72.55
ญาติดูแลไม่ไหว	26	25.49
พยายามฆ่าตัวตาย	2	1.96
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2		
ไม่มี	79	77.45
มี	23	22.55

2. สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย มีสาเหตุจากขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 69.61 มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 54.90 และไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Poor insight) ร้อยละ 52.94 ด้านญาติหรือครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 72.55 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 23.53 และผู้ดูแลขาดศักยภาพ ร้อยละ 22.55 ด้านการเข้าถึงบริการ มีปัญหา ร้อยละ 14.71 โดยปัญหาที่พบ ได้แก่ บ้านไกล ร้อยละ 4.90 ไม่ว่างมาโรงพยาบาล ร้อยละ 4.90 และ ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 3.92 ส่วนด้านชุมชน พบว่า มีปัญหา (หวาดกลัว/กีดกัน/ปฏิเสธผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน) ร้อยละ 23.53 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (n=102)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย ^m		
ขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	71	69.61
มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด	56	54.90
ไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	54	52.94
เกิดผลข้างเคียงจากยา	4	3.92
ด้านญาติหรือครอบครัว ^m		
ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	74	72.55
ไม่มีผู้ดูแล	24	23.53
ผู้ดูแลขาดศักยภาพ	23	22.55
ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ	2	1.96
ด้านการเข้าถึงบริการ		
ไม่มีปัญหา	87	85.29
มีปัญหา	15	14.71
บ้านไกล	5	4.90
ไม่ว่างมาโรงพยาบาล	5	4.90
ไม่มีค่าเดินทาง	4	3.92
เดินทางลำบาก	1	0.98

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านชุมชน		
ไม่มีปัญหา	78	76.47
มีปัญหา (หวาดกลัว/กีดกัน/ปฏิเสธผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน)	24	23.53

^m=ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า เพศ ($p\text{-value}<.05$) ภูมิลำเนา ($p\text{-value}<.01$) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา ($p\text{-value}<.01$) มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ ($n=102$)

ปัจจัย	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน				ค่าสถิติ	p-value
	รอบที่ 2 (n=23)		รอบที่ 1 (n=79)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					5.859 ^x	.015*
ชาย	10	15.15	56	84.85		
หญิง	13	36.11	23	63.89		
อายุ					2.409 ^x	.121
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี	15	28.85	37	71.15		
35 ปีขึ้นไป	8	16.00	42	84.00		
ภูมิลำเนา					7.699 ^f	.003**
กรุงเทพมหานคร	23	28.40	58	71.60		
ต่างจังหวัด	0	0.00	21	100.00		
ระยะเวลาการรักษา					1.044 ^f	.903
1-5 ปี	11	23.91	35	76.09		
6-10 ปี	6	25.00	18	75.00		
11-15 ปี	4	19.05	17	80.95		
16 ปีขึ้นไป	2	18.18	9	81.82		
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา					11.159 ^f	.007*
1-6 ครั้ง	9	16.67	45	83.33		
7 ครั้งขึ้นไป	14	29.17	34	70.83		
ระยะเวลานอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุด					2.918 ^f	.572
1-7 วัน	5	41.67	7	58.33		
8-14 วัน	3	18.75	13	81.25		
15-21 วัน	8	38.10	13	61.90		
22-28 วัน	6	31.58	13	68.42		
29 วันขึ้นไป	7	20.59	27	79.41		
เหตุผลการรับไว้รักษา					0.805 ^f	.693
อาละวาด ก้าวร้าว	17	22.97	57	77.03		
พยายามฆ่าตัวตาย	1	50.00	1	50.00		
ญาติดูแลไม่ไหว	5	19.23	21	80.77		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน				ค่าสถิติ	p-value
	รอบที่ 2 (n=23)		รอบที่ 1 (n=79)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย ^m						
ขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	14	19.72	57	80.28	1.072 ^x	.301
มีประวัติใช้สุรา/สารเสพติด	8	14.29	48	85.71	0.150 ^x	.699
ไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	13	24.07	41	75.93	0.153 ^x	.696
เกิดผลข้างเคียงจากยา	0	0.00	4	100.00	1.212 ^x	.271
ปัจจัยด้านญาติ/ ครอบครัว ^m						
ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	18	24.32	56	75.68	0.486 ^x	.486
ไม่มีผู้ดูแล	3	12.50	21	87.50	1.815 ^x	.178
ผู้ดูแลขาดศักยภาพ	4	17.39	19	82.61	0.452 ^x	.501
ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ	1	50.00	1	50.00	0.880 ^x	.384
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ					2.366 ^f	.797
ไม่มีปัญหา	19	21.84	68	78.16		
มีปัญหา	4	26.67	11	73.33		
ปัจจัยด้านชุมชน					0.108 ^x	.742
ไม่มีปัญหา	17	21.79	61	78.21		
มีปัญหา	6	25.00	18	75.00		

^m=ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, ^x=chi-square, ^f=fisher's exact test, *p-value<.05, **p-value<.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistics regression analysis) พบว่า เพศหญิง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 5.99 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 4.36 เท่าเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (n=102)

ปัจจัย	AOR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย (ref.)	1	1	
หญิง	5.99	1.85-19.44	.003**
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา			
1-6 ครั้ง (ref.)	1	1	
7 ครั้งขึ้นไป	4.36	1.33-14.23	.015*

Hosmer-Lemeshow Goodness of fit test; $\chi^2=2.89$ (p-value=.235), Nagelkerke $R^2=.175$

ref.=Reference variable, *p-value<.05, **p-value<.01

อภิปรายผล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 5.99 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจมีความไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาวะเครียด อยู่ในช่วงรอบประจำเดือน วัยหลังคลอด หรือวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งในช่วงที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้ไม่ดี ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการมากขึ้น และส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ (Jesus Magueta et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cabello-Rangel et al. (2024) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช: การศึกษาแบบย้อนหลัง พบว่า ผู้หญิงมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 59.2 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 40.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรินญพร ทิมกร (2568) ที่ศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการกำเริบภายในช่วง 5 ปี มากกว่าเพศชาย 2.22 เท่า (OR=2.22, 95% CI=1.27-3.89)

จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 4.36 เท่า เมื่อเทียบกับจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาบ่อยครั้งมักเผชิญปัญหาในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การที่ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับประทานยา ทำให้หยุดรับประทานยา และขาดการรักษาต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความหวาดกลัว เบื่อหน่าย และท้อแท้ในการดูแล เป็นสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษายังเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคและความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยครั้งมักสะท้อนถึงการดำเนินโรคที่ไม่คงที่ และมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง (Wiersma et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ San et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=1.29, 95% CI=1.21-1.36)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากแบบรายงานที่ได้รับการทบทวนและวิเคราะห์ปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนเท่านั้น ทำให้มีขอบเขตตัวแปรที่ศึกษาตามที่เป็นที่ก้ำกึ่งไว้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชสามารถนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยนำผลการวิจัยไปออกแบบโปรแกรมกิจกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทุกมิติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมงานทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=467
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิ้งเหลงที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 24-36.
- ณัฐพล บำรุงพฤกษ์. (2564). การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเวลาการปรับปรุงระบบบริการรักษาช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- พิชญนันท์ นามวงษ์ และวิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 1-11.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานประจำปี 2566. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต. (2568). แบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17). <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/17JcRUBCAVYFVCv7mfU14hl8j4UadVFQI>.
- สรินญพร หิมกร. (2568). การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 70(2), 215–230. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/275099>
- อานิตา มุขตารี. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- Cabello-Rangel, H., Estrada-Martínez, M., & Martínez-Torres, M. (2024). Factors Associated with Readmission within 30 Days of Hospital Discharge of Psychiatric Patients: Case-Control Study. *Actas espanolas de psiquiatria*, 52(4), 405–411. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i4.1651>

- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, 16(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>
- Jesus Magueta, S., Costa, A. L., Simões, G., Gomes, A. I., Madail Grego, C., & Garrido, P. (2024). Hormones and Psychosis: The Role of Estrogen in Schizophrenia. *European Psychiatry*, 67(S1), S175–S176. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.386
- Okumura, Y., Sugiyama, N., & Noda, T. (2018). Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry research*, 270, 490–495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.020>
- Rømer Thomsen, K., Thylstrup, B., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., Simonsen, E., & Hesse, M. (2018). Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophrenia research*, 195, 495–500. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.026>
- San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2012). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(1), 2–9. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687452>
- Thongkam, J., Sukmak, V., & Mayusiri, V. (2016). Predicting schizophrenia at risk of readmissions in the short- and long-term using decision tree model. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 21(3), 91–103. <https://doi.org/10.14456/apst.2016.10>
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Seitz, D., Herrmann, N., Fung, K., Lin, E., Perlman, C., Taylor, V. H., Rochon, P. A., & Gruneir, A. (2015). READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of psychiatric research*, 61, 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.003>
- Wang, X. Q., Petrini, M., & Morisky, D. E. (2016). Comparison of the Quality of Life, Perceived Stigma and Medication Adherence of Chinese with Schizophrenia: A Follow-Up Study. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.006>
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 75–85. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315>
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>