

ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทพหุวัฒนธรรม

Experiences and Challenges of Nurses in Caring for Patients with Schizophrenia
and Co-Occurring Substance Use in a Multicultural Context

ศุภวรรณ สีแสงแก้ว¹, วานีตา สามะ^{1*} และ นูร์โอนี คลายนา²

Suphawan Sisaengkaeo¹, Waneeta Samoh^{1*} and Noorinee Klayna²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, โรงพยาบาลยะลา

¹Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Yala Hospital

(Received: April 30, 2026, Revised: July 29, 2026, Accepted: August 23, 2026)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทของผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 7 คน ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 5 ประเด็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 71.43 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 85.71 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2-5 ปี ร้อยละ 57.14 และไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง ร้อยละ 57.13 ความท้าทายที่สำคัญแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่มคือความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อแยกโรคและสืบค้นประวัติการใช้สารเสพติด ระยะอยู่ในความดูแล คือการเผชิญหน้ากับความรุนแรงในงานและพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่มีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ระยะจำหน่ายคือทัศนคติเชิงลบและความวิตกกังวลระดับสูงของครอบครัวและชุมชนต่อมิติความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม และระยะติดตามผลคืออุปสรรคเชิงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ในบริบทพหุวัฒนธรรม พยาบาลเข้าใจอัตลักษณ์เชิงวัฒนธรรม บุคลากรทางศาสนาเพื่อสร้างการยอมรับและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะ พยาบาลต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง (CNPG) ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม ร่วมกับการพัฒนาความเชี่ยวชาญข้ามวัฒนธรรมโดยประสานมิติทางศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความร่วมมือในการรักษา รวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและชุมชน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ประสบการณ์, พยาบาล, จิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม, พหุวัฒนธรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waneeta@bcnyala.ac.th)

Abstract

This descriptive qualitative study aimed to explore the experiences and challenges of nurses in caring for patients with schizophrenia and co-occurring substance use in a psychiatric ward in Yala Province, Thailand. The participants were seven registered nurses who had at least one year of experience in caring for patients with schizophrenia and co-occurring substance use at the Psychiatric Ward of Yala Hospital. Data were collected through focus group discussions using a semi-structured interview guide consisting of five key areas and were analyzed using content analysis.

The findings revealed that 71.43% of the participants were female, 71.43% were aged 35–45 years, 85.71% were Muslim, 57.14% had 2–5 years of experience in psychiatric care, and 57.13% had not received specialized training. The major challenges were categorized into four phases. The admission phase involved difficulties in screening to differentiate diagnoses and obtaining patients' histories of substance use. The inpatient care phase involved managing workplace violence and complex behavioral disturbances that were more challenging than those typically encountered among patients with schizophrenia without co-occurring substance use. The discharge phase involved negative attitudes and high levels of concern among families and communities regarding safety when patients returned to society. The follow-up phase involved structural barriers and community environments that facilitated relapse into substance use. Within the multicultural context, nurses demonstrated an understanding of patients' cultural identities and integrated religious resources to foster acceptance and promote cooperation with treatment.

The findings suggest that nurses need contextually appropriate Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPBs) that are responsive to multicultural contexts, together with the development of cross-cultural nursing competencies that integrate religious dimensions and local beliefs to reduce conflicts and promote treatment cooperation. In addition, a comprehensive system of continuing care and collaborative networks involving religious leaders and community stakeholders should be established to enhance patient safety and the effectiveness of care.

Keywords: Experiences, Nurses, Schizophrenia with Co-occurring Substance Use, Multiculturalism

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่รุนแรงมาก ถูกจัดให้อยู่ใน 15 อันดับแรก ของสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพจากการเจ็บป่วยหรือพิการ และภาระโรคจะยิ่งสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในกลุ่ม Dual Diagnosis เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (Relapse) และการเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเกิดความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดช่วงชีวิตอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 4.5-5.0 และสูงถึง ร้อยละ 20-40 ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (WHO, 2025) ความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 300 คน (ร้อยละ 0.32) ของประชากรโลก และผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 40-50% มีประวัติหรือกำลังใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Substance Use Disorder) โดยสารที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ นิโคติน แอลกอฮอล์ กัญชา และสารกลุ่มแอมเฟตามีน ตามลำดับ (Hunt et al., 2020; Kelkar et al., 2020)

ส่วนในประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเวชรวมทุกกลุ่มที่ได้รับการรักษาสูงเกือบ 3 ล้านคน โดยคาดการณ์ว่า อัตราความชุกของโรคจิตเภทในไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากร (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2024) และอัตราความชุกของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 28.4 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญคือ กลุ่มผู้ป่วยเพศชาย กลุ่มประชากรอายุน้อย และกลุ่มที่มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว (ทรงพล โดทพงศ์, 2566) การใช้สารเสพติดร่วมส่งผลกระทบต่อตรงต่อการดำเนินโรคในเชิงลบและทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง มีงานวิจัยที่ยืนยันว่า การใช้สารกระตุ้นประสาททำให้อาการหวาดระแวง (Paranoid) จนก่อความรุนแรง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ตนเอง หรือข้าวของเพิ่มขึ้นเป็น 4-5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป (ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ และคณะ, 2568)

ในด้านกระบวนการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้ยารักษาอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากสารเสพติดบางชนิดลดประสิทธิภาพของยาต้านอาการทางจิตทำให้อาการกำเริบมากขึ้น (Alharthi et al., 2025; Kavitha et al., 2022) บางครั้งการใช้สารเสพติดยังสามารถเลียนแบบอาการทางจิตทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of stay) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป 2-3 เท่า (Genis & Cosar, 2020) เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักมีโอกาสสูงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และภายใน 1 ปี สูงถึงร้อยละ 36.6 (พิชญนันท์ นามวงศ์ และ วิญญู ชะนะกุล, 2561; Alharthi et al., 2025; Hariman et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลยะลา ระหว่างปี พ.ศ 2568-2569 ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีระยะเวลาครองเตียงเฉลี่ย 20-30 วัน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 10-15 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยอื่นไม่มีรายงานการรักษาซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน

จังหวัดยะลา เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมเฉพาะตัว โดยประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม และใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร ศาสนาอิสลามมีความเชื่อเรื่องการช่วยเหลือกัน และใช้หลักปฏิบัติ เช่น การละหมาด หรือการขอพร เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น (มุฮัมมัด ยะโกะ และคณะ, 2567) ในพื้นที่มีปัญหาความยากจน ส่งผลให้เยาวชนเข้าถึงการศึกษาได้น้อย และบางส่วนถูกชักนำไปใช้สารเสพติด (โดยเฉพาะน้ำกระท่อมและยาบ้า) ได้ง่าย (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2568)

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะอยู่ในความดูแล ระยะจำหน่าย และการติดตามผลหลังจำหน่าย น่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ในผู้ป่วยดังกล่าวลด

น้อยลงอย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า มีการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศกานา (Daliri et al., 2023) และประเทศไทยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งทรัพยากรและสมรรถนะของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ย่อมมีความแตกต่างกัน รวมทั้งยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทพหุวัฒนธรรมของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนในบริบทมุสลิมชายแดนใต้ก็ไม่มีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมเช่นเดียวกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรมและขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดยะลา และจังหวัดใกล้เคียง อันจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน มีความมั่นใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และลดการกลับมารักษซ้ำได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบ (Systems Theory) ของ Imogene M. King (1981) ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Madeleine Leininger (2002) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในบริบทพหุวัฒนธรรม โดยมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงระบบแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้ 1) ตัวแปรนำเข้า (Input) หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เฉพาะ (เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน สมรรถนะวัฒนธรรม และภูมิหลังทางศาสนา) ซึ่งเป็นทุนเดิมที่ส่งผลต่อมุมมองและการทำความเข้าใจตัวผู้ป่วย 2) กระบวนการและความท้าทาย (Process) คือ ประสบการณ์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะใช้สารเสพติดร่วมตลอดเส้นทางการดูแล 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะอยู่ในการดูแล ระยะจำหน่าย และระยะติดตามผล 3) บริบทพหุวัฒนธรรม (Context/Intervening Variable): คือ การที่พยาบาลต้องเผชิญกับทัศนคติเชิงลบของท้องถิ่นต่อประเด็นสารเสพติด ส่งผลให้พยาบาลต้องบูรณาการ "ทุนทางศาสนา" และคติความเชื่อในพื้นที่มาเป็นเครื่องมือในการจัดการ ปรับทัศนคติ และสร้างความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน 4) ผลลัพธ์ (Output) คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การจัดการของพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการกลับมารักษซ้ำภายใน 28 และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สมรรถนะข้ามวัฒนธรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทหอผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จำนวน 9 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จำนวน 7 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คือ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างน้อย 1 ปี และไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่ผ่านมาในระยะ แรกรับ ใน

ความดูแลจำหน่าย และติดตาม ปัญหาอุปสรรคที่พบในขณะให้การดูแล ความแตกต่างระหว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และทักษะที่ทันต่อการได้รับการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการทบทวนวรรณกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.80 และนำไปทดสอบกับผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานผ่านฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลยะลา และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. นัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 2 กลุ่มคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1-2 ปี จำนวน 3 ราย และ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มากกว่า 2 ปี จำนวน 4 ราย เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมระหว่างพยาบาล โดยผู้วิจัยหลักซึ่งอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการสนทนาทุกครั้ง
3. บันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็นสำคัญ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในรายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้งจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย วิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ Lincoln และ Guba (1985) ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน คือ
 - 2.1 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และหลังจากการถอดบทสนทนา
 - สรุปประเด็น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงตามความหมายและความตั้งใจเดิมหรือไม่
 - 2.2 ความคงเส้นคงวาของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ไฟล์บันทึกเสียง ถอดบทสัมภาษณ์ฉบับเต็ม (Transcripts) อ่านข้อมูลซ้ำ กำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ สรุปเป็นประเด็นหลัก (Themes) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับกระบวนการตีความได้ทุกขั้นตอน
 - 2.3 ความสอดคล้องกัน โดยการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะแสดงคำพูดจริงของผู้ให้ข้อมูล (Direct Quotes) ประกอบการอธิบายความและข้อสรุปในทุกประเด็น เพื่อยึดโยงข้อสรุปเข้ากับข้อมูลดิบอย่างชัดเจน
 - 2.4 ความสามารถในการถ่ายโอนหรือนำไปใช้ โดยผู้วิจัยให้รายละเอียดของบริบทแวดล้อมและคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้อ่านสามารถประเมินความคล้ายคลึงและนำผลวิจัยไปปรับใช้ได้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ยะลา จังหวัด ยะลา เลขที่ 22/2567 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2567 และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2)) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์ เมื่อ 16 ตุลาคม 2568 และการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

หลักทั้งหมด เพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูลอันเนื่องมาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นสมาชิกในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา และผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่ประสานงานพื้นที่และร่วมตรวจสอบความสมเหตุสมผลของข้อสรุปข้อมูลเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=7 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	5	71.43
ชาย	2	28.57
อายุ (ปี)		
อายุ 35-45	5	71.43
อายุ 46-55	2	28.57
Mean = 41.86, S.D. = 6.01, Min = 37, Max = 51		
ศาสนา		
อิสลาม	6	85.71
พุทธ	1	14.29
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ปี)		
2-5	4	57.14
6-10	1	14.29
มากกว่า 10	2	28.57
Mean = 6.14, S.D. = 4.95, Min = 2, Max = 13		
ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวช		
การพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ	1	14.29
การพยาบาลจิตเวชเด็ก	1	14.29
การพยาบาลจิตเวชทั่วไป	1	14.29
ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง	4	57.13

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 7) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 35–45 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 71.43) โดยมีอายุเฉลี่ย 41.86 ปี (S.D. = 6.01) ด้านการนับถือศาสนา พบว่าเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 85.71 ในส่วนของข้อมูลการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 2–5 ปี (ร้อยละ 57.14) มีประสบการณ์เฉลี่ย 6.14 ปี (S.D. = 4.95) และส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง (ร้อยละ 57.13)

2. ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สามารถจำแนกประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพตามระยะของกระบวนการดูแลออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะแรกรับ (Admission Phase)

ในระยะแรกรับผู้ป่วยมักถูกนำส่งสถานพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชในระยะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวคุกคามต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนการทำลายสิ่งของ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังเผชิญกับภาวะเป็นพิษจากการใช้สารเสพติดในปริมาณมาก (Substance Intoxication) หรือภาวะขาดยา (Substance Withdrawal) อุปสรรคสำคัญในระยะนี้คือ ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย (Lack of Insight) และปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด ส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่เที่ยงตรงได้ในช่วง 2-3 วันแรกของการเข้ารับการรักษา พยาบาลจึงจำเป็นต้องเก็บรวบรวมประวัติจากผู้ดูแลหรือผู้มีส่วนเป็นหลัก จากสถานการณ์ดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ ความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อแยกโรคและสืบค้นประวัติการใช้สารเสพติด เนื่องจากข้อจำกัดด้านตัวผู้ป่วยและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากครอบครัว ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การปกปิดข้อมูลประวัติเนื่องจากตราบาปทางสังคม ข้อบัญญัติทางศาสนา และข้อจำกัดทางกฎหมาย ครอบครัวและผู้ดูแลมักปฏิเสธหรือบิดเบือนข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากความวิตกกังวลต่อผลทางกฎหมาย รวมถึงความรู้สึกอับอายและตราบาป (Stigma) ที่ขัดต่อหลักความเชื่อและจริยธรรมทางศาสนาในบริบทชุมชน สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า:

“...การซักประวัติจากญาติ บางครั้งญาติไม่ทราบข้อมูลหรือปกปิดข้อมูลพยายามหาเหตุผลอื่น

มาอธิบายอาการของผู้ป่วย... ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาเสพติด แต่พอดูอาการที่แสดงออก และผลการตรวจปัสสาวะมันขัดแย้งกัน” (N1)

2) ความจำเป็นในการใช้สมรรถนะและความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคลในการสังเกตและสัมภาษณ์ขั้นสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนข้อเท็จจริง พยาบาลต้องบูรณาการทั้งทักษะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และความไวในการสังเกตอาการทางคลินิก สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า:

“ย้ายมาจากแผนก...ในช่วงแรกที่ย้ายมารู้สึกกังวลเมื่อต้อง ซักประวัติ และประเมินอาการ แรกผู้ป่วยจิตเภทสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง...ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้เพราะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เราต้องถามข้อมูลจากญาติ และสังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ป่วย...บางครั้งก็ยากในการคัดกรองว่าเกิดจากอาการทางจิตหรือจากการใช้สารเสพติด”

ระยะอยู่ในความดูแล (Inpatient Care Phase)

ระยะอยู่ในความดูแลเป็นช่วงเวลาที่จะสะท้อนความแตกต่างเชิงคลินิกอย่างชัดเจนที่สุดระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม (Dual Diagnosis) โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษาจะผันแปรตามระดับความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มภาวะวินิจฉัยร่วมมักเผชิญกับปัญหาที่ทับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาในการควบคุมอาการทางจิตยาวนานกว่าปกติ เช่น อาการพฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดหลงผิดและหวาดระแวง อาการประสาทหลอน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนประเด็นความเสี่ยงทางด้านนิติจิตเวช ส่งผลให้แนวทางการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตจำเป็นต้องใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้น (High-dose medication) และมีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Polypharmacy) จากลักษณะทางคลินิกดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ การเผชิญหน้ากับความรุนแรงหน่วงและพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่มีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ระยะเวลาของความรุนแรงและอาการทางจิตที่ยาวนานและตอบสนองต่อการรักษาได้ยากกว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักแสดงอาการทางจิตที่รุนแรงเฉียบพลันและคงอยู่ยาวนานกว่าเกณฑ์การรักษาทั่วไป ทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพและระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยต้องทอดยาวออกไป สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...อาการก้าวร้าวรุนแรงกว่าปกติ บางคนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การช่วยตัวเองในที่สาธารณะ หรือพยายามรุกรานผู้อื่น...หรือมีความคิดหลงผิด ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะขัดขวางการให้ยา ... การจัดการต้องใช้ทั้งการผูกมัดและการให้ยาฉีดที่ขนาดสูงขึ้น” (N4)

“...ถ้าเป็นผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเดียวจะอยู่ที่ 1-2 อาทิตย์อาการจะดีขึ้น แต่พอมี จิตเภทร่วมด้วย... ต้องปรับยากัน แล้วมี EPS ร่วมด้วยต้องระวังเป็นพิเศษ ...โดยเฉพาะในระยะแรกต้อง complete bed bath และต้องดูแลใกล้ชิดนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น และใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่า” (N3)

2) ความจำเป็นในการบูรณาการสมรรถนะเฉพาะด้านการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การสื่อสารเพื่อการบำบัด และเภสัชวิทยาคลินิกขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย เช่น ความไม่เพียงพอของห้องแยกโรค (Isolation room) และสรีระของพยาบาลส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง ท่ามกลางความเสี่ยงสูงจากการบริหารยากกลุ่มเสี่ยงสูง (High-alert drugs) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“..ต้องปรับจากยาเดิมและคนไข้ก็เสี่ยงต่อการเกิด EPS ได้ง่ายมาก เราก็ไม่รู้ว่าที่เจอ EPS ที่ง่ายขึ้นมันเกิดจาก overdose หรือ ง่ายจากการใช้ เอมแพตามีน มันหลายอย่าง” (N2)

“มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น บางครั้งทำลายข้าวของ ต้องใช้ห้องแยกมากขึ้น บางครั้งห้องแยกไม่พอ เราต้องให้การเจรจาต่อรองก่อน หากไม่สำเร็จอาจต้องตัดสินใจว่าจะผูกมัดหรือไม่ บางครั้งต้องตามรปภ. มาช่วย เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง” (N3)

“.....พอมียาเสพติดร่วมด้วย ต้องปรับไปใช้ยา clozapine, Seroquel (เป็นยาที่มีราคาแพง) แต่สุดท้ายหมอก็ก็น่าต้องใช้” (N4)

ระยะจำหน่าย (Discharge Phase)

ระยะจำหน่ายเป็นช่วงเวลาของผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ (Clinical Remission) สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนสะท้อนความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งแสดงถึงความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือการส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาสารเสพติดเฉพาะทาง การเตรียมความพร้อมในระยะนี้ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมและเครือข่ายความร่วมมือแบบพหุภาคี (Multisectoral Collaboration) ตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาลชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนฝ่ายปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวินิจฉัยร่วม (Dual Diagnosis) ที่ต้องการระบบสนับสนุนที่เข้มข้นกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดที่ซับซ้อน ทั้งปัญหาเศรษฐกิจระดับครัวเรือน และสิ่งแวดล้อมเชิงลึกในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse environments) จากข้อจำกัดดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ ทศนคติเชิงลบและความวิตกกังวลระดับสูงของครอบครัวและชุมชนต่อมิตีความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) อุปสรรคในการสร้างความพร้อมและการยอมรับของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัวและชุมชนมักเกิดภาวะหมดพลังในการดูแล (Caregiver Burden) ร่วมกับความหวาดระแวงและหวาดกลัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ นำไปสู่การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบครอบครัว สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ญาติมีความกังวลมาก ไม่อยากรับกลับเพราะกลัวเรื่องความปลอดภัย กลัวว่าคนไข้จะกลับไปใช้ยาเสพติดอีกแล้วมาทำร้ายคนในบ้าน...” (N5)

“ครอบครัวที่เลือกจะรับคนไข้กลับด้วยความเต็มใจน้อยมาก....บางคนญาติจะรับแต่ว่าชุมชนไม่ได้รับ บางคนญาติไม่เอาเลย...จากที่เคยห่วงใย เลี้ยงดู ก็ไม่อยากจะเลี้ยงดู.....ให้พยาบาลส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น” (N2)

2) ความจำเป็นในการยกระดับสมรรถนะของพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาครอบครัวและการประสานงานข้ามเครือข่าย เพื่อทลายกำแพงความกลัวและแก้ปัญหาทางสังคม พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำ ประสาน งานหลัก (Case Manager) ในการระดมทรัพยากร ทุนทางสังคม และงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกเพื่อสร้างระบบรองรับผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เราต้องเชิญญาติมาหาแนวทางดูแลร่วมกัน ว่ากลับไปจะดูแลอย่างไร ยิ่งคนไข้เป็นจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ญาติสามารถดูแลได้ไหม ถ้าดูแลไม่ได้อาจจะต้องใช้ทีมมาร่วมมือกันในการหาทางออก หรือให้เครือข่าย เช่น อสม. หรือกำนันผู้ใหญ่บ้านช่วยดูแล” (N1)

“ผู้ป่วยบางรายไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ญาติก็มีฐานะไม่ดี พยาบาลต้องประสาน หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ อบต. เพื่อของบประมาณสร้างบ้าน หรือเงินทุน เพื่อประกอบอาชีพของผู้ป่วยหรือญาติ หรือประสานเพื่อส่งผู้ป่วยไปสถานสงเคราะห์ในกรณีที่ญาติไม่ยินยอมรับผู้ป่วยกลับไปดูแล” (N4)

ระยะติดตามผล (Follow-up Phase)

ระยะติดตามผลเป็นกระบวนการประเมินผลลัพธ์การรักษาและจัดระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม (Dual Diagnosis) จิตแพทย์มักกำหนดวันนัดเพื่อติดตามอาการภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ซึ่งมีความถี่มากกว่ากลุ่มโรคทางจิตเวชทั่วไป ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจะดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง หรือประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญในขณะนี้คือความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Substance Relapse) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายกลับไปใช้สารเสพติดทันทีภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย โดยเฉพาะกัญชาและพืชกระท่อม ซึ่งชุมชนมีบรรทัดฐานทางสังคมและทัศนคติที่คลาดเคลื่อนว่าสารดังกล่าวไม่ผิดกฎหมายและสามารถบริโภคได้อย่างเสรี ตลอดจนการที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการทำงานและเพิ่มความทนทานในการใช้แรงงาน แม้ว่าในระยะก่อนจำหน่ายพยาบาลจะสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระยะสงบได้ แต่เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงเช่นเดิม ส่งผลให้เกิดภาวะโรคกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ร่วมกับมีพฤติกรรมรุนแรง นำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (28-Day Readmission) ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราแนวโน้มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ อุปสรรคเชิงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ทัศนคติเชิงบวกและการยอมรับการใช้สารเสพติดท้องถิ่น (กัญชาและพืชกระท่อม) ภายในชุมชน บริบททางสังคมและครอบครัวยังมองว่าการใช้สารเสพติดธรรมชาติเป็นเรื่องปกติของการดำเนินชีวิต ขาดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบทางจิตประสาทอันรุนแรง รวมถึงข้อจำกัดของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุทำให้ขาดสมรรถนะในการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ในชุมชนหาง่ายมาก เดินออกจากบ้านก็หายาเสพติดได้แล้ว ทั้งกัญชาและกระท่อม บางครั้งญาติหรือคนในหมู่บ้านนั้นแหละที่เป็นคนขาย... พอกลับไปสภาพแวดล้อมเดิม เขาก็กลับไปใช้ซ้ำอีก” (N7)

“ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีอายุมาก ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้....ญาติบางรายเห็นผู้ป่วยใช้สารเสพติด ไม่มีอาการทางจิตกำเริบและทำงาน (รับจ้างตัดทุเรียน) ได้ดีก็ไม่ได้สนใจ จะรู้อีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจึงเริ่มตระหนัก” (N4)

2) ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของพยาบาลสู่การพยาบาลชุมชนเชิงรุกและการให้คำปรึกษารอบครัวอย่างเข้มข้น พยาบาลวิชาชีพต้องเปลี่ยนบทบาทจากการพยาบาลเชิงตั้งรับในสถานพยาบาลมาเป็นการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับชุมชน เพื่อจัดการกับพฤติกรรม การขาดความร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) และปัญหาในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเวชทับซ้อน สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ตอนนี้เราทำงานแบบเดิมไม่ได้ เราต้องทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น การที่ตั้งรับอย่างเดียวจะทำให้การดูแลของเราแทบจะไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยแทบจะ readmit เกือบทุก case ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วม” (N1)

“ผู้ป่วยบางรายในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหลายคน กลัวผู้ป่วยอาละวาดและถูกทำร้าย จึงให้เงินไปซื้อจากเสพติดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ หรือหากไม่มีเงินซื้อเพื่อนที่ติดยาเสพติดก็เอายาเสพติดมาให้

ร่วมกับการไม่รับประทานยาทางจิตเวชต่อเนื่อง เมื่อ admit ครั้งต่อไป จะมีอาการแยลงเรื่อย การพยากรณ์โรคก็จะแยลง พยาบาลต้องเข้าไปให้คำปรึกษาคอบครัว ชุมชน” (N2)

จากการวิจัยสามารถสรุปความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้เป็น 4 ประเด็นดังนี้

ตาราง 2 แสดงความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ประเด็น	ผู้ป่วยจิตเภททั่วไป	ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดร่วม
อาการทางคลินิก	หลงผิด หูแว่ว แต่สงบได้เร็ว	ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายร่างกาย สงบยาก
การใช้ยารักษาอาการทางจิต	ตอบสนองต่อยาในขนาดปกติ	ต้องการยาขนาดสูง (High dose)
พฤติกรรมทางเพศ	พบน้อยหรือไม่รุนแรง	พบมาก เช่น การช่วยตัวเองหรือรุกรานผู้อื่น
ระยะเวลาการฟื้นตัว	1-2 สัปดาห์	ยาวนานกว่า 1 เดือน หรือสมองถูกทำลายถาวร

จากตารางพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีความซับซ้อน ยุ่งยาก และส่งผลให้เกิดต้นทุนในการดูแลที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ทั้งนี้ได้จำแนกทักษะเฉพาะของพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาออกเป็น 3 ด้านหลักได้แก่

1) ด้านการประเมินทางคลินิกและการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อลดข้อจำกัดด้านการคัดกรองและการวินิจฉัยโรค

2) ด้านการจัดการภาวะวิกฤต การสื่อสาร และการบริหารยาความเสี่ยงสูง เพื่อลดอันตรายอันเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาทางจิตเวช

3) ด้านการให้คำปรึกษา และการบูรณาการความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน เพื่อลดข้อจำกัดด้านต้นทุนทางสังคม และส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาอย่างยั่งยืน

3. อิทธิพลของปัจจัยด้านพหุวัฒนธรรมและความเชื่อในบริบทสังคมจังหวัดยะลา

จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามและบริบทพหุวัฒนธรรม มีอิทธิพลขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพและการบริบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะวินิจัยร่วมในทุกระยะ โดยสามารถสรุปประเด็นท้าทายและสมรรถนะที่สำคัญได้ 4 มิติหลัก ดังนี้:

1) การสร้างความชอบธรรมเชิงวัฒนธรรมเพื่อลดทอนความผิด (Cultural Neutralization)

ผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่นใช้ช่องว่างความเป็นพิษท้องถิ่นของกัญชาและกระท่อม บิดเบือนหลักศาสนาโดยนิยามความหมายใหม่ให้เป็น "ยาสมุนไพร" เพื่อลดความขัดแย้งในจิตใจและสร้างความชอบธรรมในการเสพติด สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่ากัญชามาจากพระเจ้าไม่บาป (มันเป็นต้นไม้ที่ขึ้นมาจากธรรมชาติไม่บาป)”

(N4)

2) การใช้ศาสนกิจเป็นเครื่องมือบำบัดและดัชนีชี้วัดทางคลินิก (Spiritual Therapeutics)

การปฏิบัติศาสนกิจละหมาดวันละ 5 เวลา ถูกนำมาประยุกต์เป็นเกณฑ์เชิงประจักษ์เพื่อประเมินระบบการรู้คิด (Cognitive functioning) และสัญญาณเตือนว่าอาการทางจิตดีขึ้น เนื่องจากการละหมาดมีบทในการขอภัยโทษจากอัลลอฮ์ (เตาบัตตัว) และการขอพรให้ชีวิตดีขึ้น (ดุอาอ์) เวลาผู้ป่วยเริ่มควบคุมอารมณ์ไม่ได้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยอาบน้ำละหมาด เมื่อได้ละหมาดจะทำให้ผู้ป่วยสงบลง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ในขณะที่ส่งเเวร น้องพยาบาลไทยพุทธ จะบอกว่าคนไข้เริ่มละหมาดได้แล้ว เราก็จะถามว่าทิศถูกไหม หรือตรงเวลาไหม แต่ถ้าไม่ถูกแสดงว่าอาการยังไม่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยให้พยาบาลช่วยเตือนให้ละหมาด เมื่อถึงเวลาก็เป็นเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น” (N1)

“...การยึดเหนี่ยวทางศาสนาจะมีผลมากมายเลย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ถ้าผู้ป่วยเริ่มหงุดหงิด จะให้ผู้ป่วยกล่าวถึงพระเจ้า ไปอาบน้ำละหมาด แล้วให้ละหมาด ก็จะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้” (N3)

3) แรงขับเคลื่อนทางจริยธรรมชุมชนและการพึ่งพาผู้นำศาสนาในระยะเปลี่ยนผ่าน

สังคมมุสลิมมีความเชื่อว่าการละเลยหรือไม่หิบบนความช่วยเหลือแก่ผู้ที่หลงผิดไปใช้สารเสพติด จะทำให้บุคคลในชุมชนได้รับบาปที่รุนแรงกว่า “ข้อบังคับส่วนรวม” (ฟรฎู กิฟายะฮ์) ที่มองว่าการละเลยผู้หลงผิด เป็นความผิดของชุมชน นำไปสู่การตั้งผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) เข้ามามีบทบาทเชิงรุกในการปรับทัศนคติ ลดตรา บาป และร่วมวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“มีหลายรายที่ชุมชนหรือญาติปฏิบัติปฏิเสธการรับผู้ป่วยกลับ เวลาเราจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องให้อิหม่ามและผู้นำชุมชนไปคุยกับชุมชนและญาติล่วงหน้า ปรับมุมมอง จากมองผู้ป่วยว่าเป็นภัย เป็นพี่น้องมุสลิมที่กำลังป่วย ต้องช่วยเหลือละเลยไม่ได้ เพื่อให้ชุมชนเปิดใจ ให้อภัย และสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน เช่น การชวนผู้ป่วยมาละหมาดที่มัสยิด เพื่อให้เขามีที่ยึดเหนี่ยวและอยู่ในสายตาของชุมชนตลอดเวลา ” (N6)

4) สมรรถนะข้ามวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ (Cultural Competence)

ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในวิถีชีวิตและข้อบัญญัติศาสนาอิสลามของพยาบาลต่างศาสนา ถือเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในสร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในพื้นที่เฉพาะ สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ที่เป็นพยาบาลพุทธ แต่เราต้องรู้ข้อห้ามศาสนา ทั้งเรื่องการไม่โดนตัวหลังอาบน้ำละหมาด การจัดอาหารและยาฮาลาล หรือแม้แต่การช่วยประสานให้เขาได้กลับบ้านไปกินข้าวกับครอบครัวในวันรายอ พอเราใส่ใจตรงนี้ มันช่วยสร้างความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาดีขึ้นมาก” (N4)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมในบริบทพหุวัฒนธรรม มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความท้าทายในการคัดกรองและการวินิจฉัยแรกเริ่ม ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายสำคัญในระยะแรกเริ่ม คือการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทกับ โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และการสืบค้นประวัติที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ร่วมกับครอบครัวมักปกปิดข้อมูลจากความกลัวทางกฎหมาย ความอับอาย และตราบาปทางสังคม พยาบาลจึงต้องอาศัยการสังเกตอาการทางคลินิก การสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayano (2019) และ Neyra et al. (2024) ที่อธิบายว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความซับซ้อนในการวินิจฉัย และส่งผลให้การวางแผนรักษาในระยะแรกมีความคลาดเคลื่อน

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วย ทฤษฎีระบบของ King (1981) ว่าความไม่สมดุลของระบบบุคคล คือผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงกับความเป็นจริง ร่วมกับระบบระหว่างบุคคล คือการขาดความไว้วางใจ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง จนไม่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล (transaction) ในการกำหนดเป้าหมายร่วม (goal attainment) ในขณะเดียวกันทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ช่วยอธิบายว่าการปกปิดประวัติเชื่อมโยงกับคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในสังคมมุสลิม การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการสื่อสารที่คำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม และการสร้างความไว้วางใจมากกว่าแนวทางทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

2. ผลของระบบบริการแบบแยกส่วนระหว่างจิตเวชกับสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับ การควบคุมอาการทางจิตจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น จากข้อจำกัดของการให้บริการแบบแยกส่วนระหว่างโรคจิตเภทและโรคที่เกิดจากสารเสพติด ร่วมกับการประสานงานและส่งต่อข้อมูลที่ขาดความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานด้านสังคม ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ และคณะ (2568) และ Neyra et al. (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป และจำเป็นต้องใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อเพิ่มความร่วมมือและลดการกลับมาซ้ำ

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบของ King (1981) ที่ว่าการดำเนินงานแบบแยกส่วน ทำให้ระบบสังคม ขาดการประสานเป้าหมายร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (transaction) ระหว่างทีมสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน Leininger (2002) ชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่ไม่เชื่อมโยงกับครอบครัว ผู้นำศาสนา และชุมชน ย่อมไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย จึงลดประสิทธิผลการรักษาในระยะยาว

3. ความท้าทายของบริบท ด้านภาษา ศาสนา ตราบาป และวิธีการจัดการของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านภาษา ศาสนา และตราบาปมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ โดยครอบครัวบางส่วนปกปิดประวัติการใช้สารเสพติดจากความอับอาย ขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนมองว่ากัญชาและกระท่อมเป็นพืชธรรมชาติที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา อย่างไรก็ตาม พยาบาลไม่ได้ใช้เพียงวิธีการทางการแพทย์แต่ต้องบูรณาการกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม ทั้งการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ความร่วมมือของผู้นำศาสนา การส่งเสริมการละหมาดและการขอพรในการฟื้นฟู และการใช้ชุมชนช่วยลดตราบาป เพื่อให้ยอมรับผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา วังทอง และคณะ (2025) ที่พบว่าเมื่อนำหลักศาสนาอิสลามมาใช้ในการบำบัด และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรง สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบองค์รวมที่ชัดเจนมากขึ้น

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในการจัดบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมผ่าน 3 แนวทาง ได้แก่ การสงวนและคงไว้ (culture care preservation) โดยสนับสนุนการปฏิบัติศาสนกิจ การปรับประยุกต์ (culture care accommodation) โดยทำงานร่วมกับผู้นำศาสนา และการปรับเปลี่ยนแนวคิด (culture care repatterning) เพื่อปรับความเข้าใจเรื่องสารเสพติด ส่วนในมุมทฤษฎีระบบของ King (1981) การประยุกต์ใช้มิติทางภาษา ศาสนา และผู้นำชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (goal attainment) ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว อันเป็นเงื่อนไขสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์การดูแลในระยะยาว

4. การประยุกต์ศาสนกิจเป็นดัชนีการฟื้นตัวทางคลินิกในบริบทพหุวัฒนธรรมยะลา ข้อค้นพบที่โดดเด่นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ชี้ว่า บริบทพหุวัฒนธรรมของจังหวัดยะลาไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐานของการดูแล แต่มีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลในทุกระยะ คุณค่าทางศาสนาไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยป้องกัน (protective factor) แต่ถูกประยุกต์ ใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิกเช่น การใช้การละหมาดเป็นตัวชี้วัดการฟื้นตัวด้านการรู้คิด การสร้างข้อตกลงร่วม และการเสริมแรงจิตใจในการรักษา ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวินิจฉัยร่วม

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบของ King (1981) ว่าผู้นำศาสนาและชุมชน ทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบ ในระบบสังคม (Social System) ที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของการรักษา ส่วนทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) อธิบายว่าศาสนาและวัฒนธรรมไม่ใช่อุปสรรค หากแต่เป็นทุนทางวัฒนธรรม (cultural resource) ที่นำมาประยุกต์สู่การดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงขยายองค์ความรู้จากงานวิจัยเดิม โดยเสนอว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ผสมผสานการดูแลทางคลินิก การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนาและชุมชนไปพร้อมกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะทางการพยาบาล (CNPg) ที่ครอบคลุมการจัดการอาการวิกฤตและความรุนแรงในผู้ป่วยวินิจฉัยร่วม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและการใช้ยาขนาดสูง ร่วมกับการบูรณาการความเชี่ยวชาญข้ามวัฒนธรรมที่ส่งเสริมทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) โดยผสมผสานมิติทางศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความร่วมมือในการบำบัดรักษา และระบบสนับสนุนต่อเนื่องโดยการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและชุมชนเพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังหลังจำหน่าย ลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจากปัจจัยสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ การบริหารจัดการความเสี่ยงและอัตราค่าจ้าง โดยสถานพยาบาลควรจัดสรรอัตราค่าจ้างและระบบความปลอดภัยให้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลประวัติการใช้สารเสพติดระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความรวดเร็วและแม่นยำในการคัดกรองระยะแรกเริ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนา และประเมินประสิทธิผล ของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดร่วม โดยบูรณาการบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา เพื่อประเมินผลต่อความปลอดภัยในการดูแล ความสามารถของพยาบาล และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ติดสารเสพติด ร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ผู้ป่วย และผู้ดูแล

รายการอ้างอิง

- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). เผยสถิติคนไทยป่วยจิตเวชพุ่งเกือบ 3 ล้านคน คาด 1 ใน 5 เกียโย่ง ปัจจัยยาเสพติด. ศูนย์บริการข้อมูลดิจิทัล สสส.
<https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/dff4f087-7df0-ee11-8103-00155d1aab6f>
- พรรณอ กลิ่นกุหลาบ, วิมลพรรณ โชติแสงทอง, อัญชิษฐา นุ่มโต และสมบัติ มากัน. (2563). ประสิทธิภาพของการ พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยหนัก. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(2), 191–199.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/245627>.
- พิชญนันท์ นามวงษ์, และ วิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 1–11. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/188534>
- มุฮัมหมัด ยะโกะ, พรณวดี ศรีวิจิตร, และ ชูชัยละห์ บินมามะ. (2567). อัตลักษณ์ทางภาษาและวัฒนธรรมในพื้นที่ พหุวัฒนธรรมชายแดนใต้. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(1), 45–58.
- ทรงพล โลตหนองค์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เป็โรคจิต จากสารเสพติด บริบทชนบทในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(4), 412–421. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/issue/view/17661/5104>
- ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, และ สุภาพ ขวัญพูล. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(2), 290–299.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2568). รายงานประจำปีสถานการณ์สุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 12. กรมสุขภาพจิต.
- อังคณา วังทอง, กิตติพัฒน์ พุติยาสาณ์, ฮาลาวดี สนิหวิ, นครินทร์ สุวรรณแสง, และ สุจิไกร คงกระจำ. (2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีตามหลักศาสนาอิสลามด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดระดับ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง. *วารสารพยาบาล*, 74(4), 41–49.
- Alharthi, M. A., Al-Raddadi, R. M., & Alfakheh, S. A. (2025). Predictors for readmission risk in schizophrenia: Insights from a Saudi Arabian cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1593653. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1593653>
- Ayano, G. (2019). Co-occurring medical and substance use disorders in patients with schizophrenia: A systematic review. *International Journal of Mental Health*, 48(1), 62–76. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1581047>
- Daliri, D. B., Laari, T. T., Abagye, N., & Afaya, A. (2023). Exploring the experiences of mental health nurses in the management of schizophrenia in the Upper East Region of Ghana: A qualitative study. *BMC Nursing*, 22, Article 345. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01509-3>
- Genis, B., & Cosar, B. (2020). Duration of hospital stay in alcohol/substance addictions and psychiatric disorders: A 12-year retrospective analysis. *Hospital Practices and Research*, 5(1), 3–9. <https://doi.org/10.34172/hpr.2020.02>

- Hariman, K., Cheng, K. M., Lam, J., Leung, S. K., & Lui, S. S. Y. (2020). Clinical risk model to predict 28-day unplanned readmission via the accident and emergency department after discharge from acute psychiatric units for patients with psychotic spectrum disorders. *BJPsych Open*, 6(1), Article e13. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.97>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M., & Saunders, J. B. (2020). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in outpatient and clinical samples, 1990–2017: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, Article 108061. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108061>
- Kavittha, S., Noorthie, N., & Rosdinom, R. (2022). Substance use and its clinical correlates among patients with schizophrenia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 18(2), 85–92.
- Kelkar, P., Vankar, G. K., Mishra, K. K., John, S. A. L., & Ghogare, A. S. (2020). Prevalence of substance abuse in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(10), VC01–VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/45318.14115>
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. John Wiley & Sons.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/104365960201300301>
- Neyra, A., Parro-Torres, C., Ros-Cucurull, E., Carrera, I., Echarri, E., & Torrens, M. (2024). Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: Expert review and guidance. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), Article 40. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00519-7>
- World Health Organization. (2025). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.