นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท: การศึกษาย้อนหลังสิบปีในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

จุฬาลักษณ์ สินจัตุรัส[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบ retrospective case control โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ช่วงตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (กลุ่มศึกษา) จำนวน 89 คน และกลุ่มที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 89 คน ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63), ช่วงอายุ 18-40 ปี (ร้อยละ 45), โสด (ร้อยละ 44), ว่างงาน (ร้อยละ 59), อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 68), ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1- 10 ปี (ร้อยละ 65), มีการใช้สาร (ร้อยละ 76) และไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 59) จากนั้นวิเคราะห์โดยใช้สถิติ logistic regression พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง (AOR 112.25; 95% CI: 11.76, 1071.71), การมาติดตามการรักษาไม่ตรงนัด (AOR 12.82; 95% CI: 1.96, 84.00), การใช้สาร (AOR 10.15; 95% CI: 1.61, 64.10), การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล (AOR 6.59; 95% CI: 1.33, 32.73), การวางแผนการจำหน่าย (AOR 0.15; 95% CI: 0.03, 0.76), การได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว (AOR 0.06; 95% CI: 0.01, 0.31) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน (AOR 0.03; 95% CI: 0.01, 0.23) การป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำควรให้ความสำคัญกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงควบคู่ไปกับการส่งเสริมปัจจัยป้องกัน โดยเฉพาะปรับปรุงการวางแผนการจำหน่าย การใช้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงปรับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลให้เหมาะสม

คำสำคัญ: โรคจิตเภท, การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ, ปัจจัย

---

[1]นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

*Corresponding Author; Julalug Sinjutturus, Email: newjulalug@gmail.com

Received: February 08, 2026; Revised March 10, 2026; Accepted March 25, 2026

Factors Associated with 28-day Readmission Among Patients with Schizophrenia: A 10-Year Retrospective Study in Nong Bua Lam Phu Hospital

Julalug Sinjutturus[1]

Abstract

This retrospective case control study collected data from medical records of patients with schizophrenia in Nong Bua Lam Phu Hospital during January 5, 2015 to January 31, 2025. The study aims to explore factors associated with 28-day readmission of patients with schizophrenia. Total sample size of 178 cases were divided into two groups; the readmission group (89 cases) and the non-readmission group (89 controls). The majority of readmission group were male (63%), most of age was 18-40 years (45%), single (44%), unemployed (59%), living alone (68%), duration of illness was 1-10 years (65%), substance use (76%) and no physical underlying disease (59%). Factors associated with readmission were investigated using logistic regression analysis. The significant associated factors ($p < 0.05$) were number of admissions more than 2 times (AOR 112.25; 95% CI: 11.76, 1071.71), non-adherence to appointment (AOR 12.82; 95% CI: 1.96, 84.00), substance use (AOR 10.15; 95% CI: 1.61, 64.10), poor drug compliance (AOR 6.59; 95% CI: 1.33, 32.73), discharge planning (AOR 0.15; 95% CI: 0.03, 0.76), long-acting injections (AOR 0.06; 95% CI: 0.01, 0.31) and length of stay more than 14 days (AOR 0.03; 95% CI: 0.01, 0.23). Prevention of readmission should focus on controlling risk factors alongside promoting protective factors, particularly by improving discharge planning, increasing the coverage of long-acting injections and ensuring an appropriate length of stay.

Key word: schizophrenia, readmission, factor

---

[1]Psychiatrist ,Professional Level, Department of Psychiatry, Nong Bua Lam Phu Hospital, Nong Bua Lam Phu

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญของกลุ่มโรคจิตเวช เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทพบได้ร้อยละ 0.3-0.7 เพศหญิงและเพศชายพบได้พอๆกัน การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.88 โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี[1] ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนป่วยเป็นโรคจิตเภท[2] ระยะอุบัติการณ์ของโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 15-59 ปี[3] โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในการเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐศาสตร์และทางสังคมมากที่สุด[4,5] ซึ่งการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตแย่ลง จึงต้องมีการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการเกิดเป็นซ้ำและช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้[1] โดยอาจต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต[6] พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นอัตราสูง ซึ่งการศึกษาก่อนหน้า พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 2,767 คน มีจำนวนการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำทั้งหมด 5,557 ครั้ง[7] โดยระยะเวลาที่เสี่ยงมากที่สุดต่อการกลับมารักษาซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาล คือ ภายในหนึ่งเดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[8]

การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของโรงพยาบาล เพราะแสดงถึงตัวชี้วัดของคุณภาพของการรักษาและบริการ[9,10] ในประเทศไทย โรคจิตเภทพบมากเป็นลำดับแรกของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช[11] ซึ่งพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เช่น การไม่มารักษาตามนัด[12] เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการกลับมารักษาในโรงพยาบาล[13] การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)[14] โรคประจำตัวทางกาย การขาดรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (supporting system) ที่ดี[12,15] สถานภาพโสดหรือหย่าร้าง[16] ระยะเวลาการเจ็บป่วย การขาดยา[17] และการใช้สาร[15,17] เป็นต้น

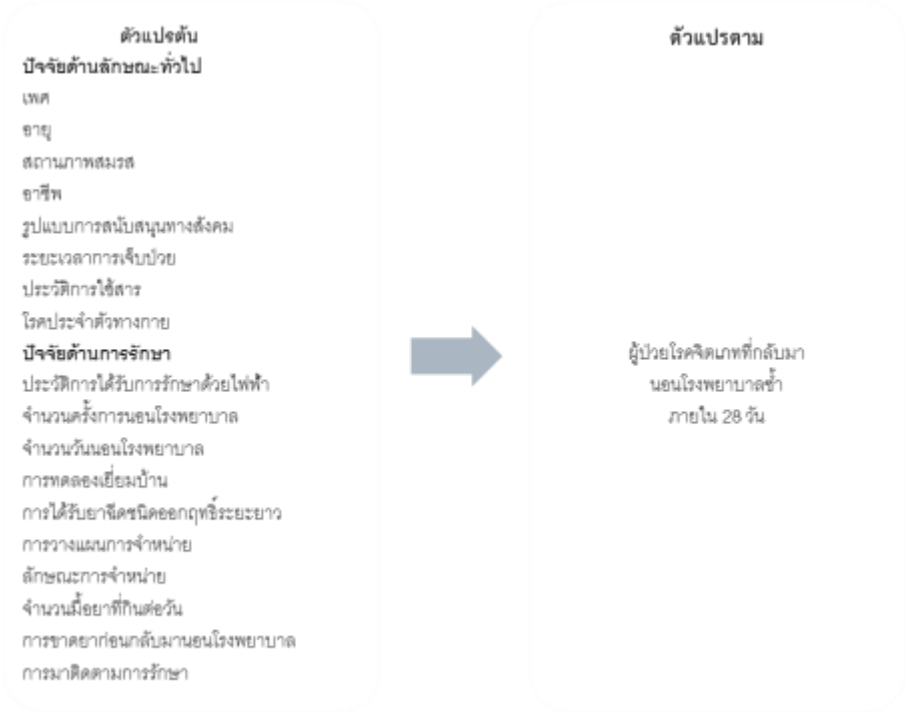
เนื่องจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูได้เปิดให้บริการรูปแบบหอผู้ป่วยเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งเปิดดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2558 โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยชาย 15 เตียงและหอผู้ป่วยหญิง 5 เตียง ในแต่ละปีมีอัตราการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวช เป็นจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด 936 คน พบว่ามีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 109 คน โดยในช่วง 3 ปีย้อนหลังในปี พ.ศ.2565 - พ.ศ.2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน

ทั้งสิ้น 87 คน, 95 คน และ 112 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในปี พ.ศ.2565 - พ.ศ.2567 มีจำนวน 10 คน, 12 คน และ 14 คน ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำต่อปีในโรงพยาบาลแห่งนี้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรม แต่เมื่อพิจารณาย้อนหลังในภาพรวมตลอดช่วงเวลา 10 ปีพบว่าสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด จากข้อมูลสถิติดังกล่าวไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่กำหนดไว้ว่าควรมีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี ดังนั้นจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ อยู่ในวงจรการรักษาที่ไม่สิ้นสุด มีผลต่อสภาพจิตใจ เกิดความท้อแท้ และสูญเสียโอกาสทางสังคม ผลกระทบต่อครอบครัว คือภาระด้านการดูแล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม คือ เกิดความเสี่ยงอันตรายจากอาการทางจิตกำเริบและสิ้นเปลืองทรัพยากรในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่[4] รวมถึงผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข คือ ปัญหาเตียงเต็ม (ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหนองบัวลำภู) ทรัพยากรที่ใช้ในการรับผู้ป่วยใหม่ และขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษา จึงนำมาสู่การทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยเป็นที่น่าสนใจว่ามีเหตุปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะนำมาสู่แนวทางการพัฒนาคุณภาพและนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบ retrospective case control โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไป และข้อมูลด้านการรักษา จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในช่วงตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ในกลุ่มศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia)

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2568 และมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (ถ้ามีจำนวนการนอนโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง จะเลือกใช้ครั้งแรกที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในการเก็บข้อมูล)

3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ในกลุ่มควบคุม

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia)

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2568 และไม่มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอต่อการเก็บข้อมูล

2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุจากอาการทางจิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับ case–control study

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}\left(1+\frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), \quad q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), \quad q_2 = 1 - p_2$$

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1 + p_2(OR - 1)}, \quad \Delta = p_1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{(1+r)}, \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}, \quad r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

p1 (สัดส่วนการได้รับปัจจัยในกลุ่มศึกษา) = 0.57 p2 (สัดส่วนการได้รับปัจจัยในกลุ่มควบคุม) = 0.29 Z(alpha/2) (ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือ Type I Error 0.05) = 1.96 Z(beta) (ค่ามาตรฐานที่อำนาจการทดสอบ 80% หรือ Type II Error 0.2) = 0.84 ตัวเลขดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง[17] ซึ่งมีค่า odds ratio เท่ากับ 3.22 และกำหนดอัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม (r) เป็น 1:1 พบว่า ได้จำนวนกลุ่มศึกษา 48 คน และกลุ่มควบคุม 48 คน (อย่างไรก็ตามเพื่อให้ครอบคลุมกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์และเพิ่มอำนาจการทดสอบ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มศึกษาทั้งหมดที่มีจำนวน 89 คน และกลุ่มควบคุมในจำนวนเท่ากันคือ 89 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 178 คน)





เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วย ข้อมูลด้านลักษณะทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษา โดยข้อมูลทั้งหมดได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลด้านลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สาร และโรคประจำตัวทางกาย ข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย ประวัติการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การทดลองเยี่ยมบ้าน การได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว การวางแผนการจำหน่าย ลักษณะการจำหน่าย จำนวนมื้อยาที่กินต่อวัน การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล และการมาติดตามการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และได้ทำการทดสอบหาค่าความสอดคล้องของการลงข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจริง และมีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนอ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลลักษณะทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หาค่า crude OR โดยใช้สถิติ binary logistic regression เพื่อดูความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย จากนั้นหาค่า adjusted OR จากหลายปัจจัยโดยใช้สถิติ multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โครงการวิจัยเลขที่ 031/2568 วันที่รับรอง 27 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 178 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด 936 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน โดยมีจำนวนทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 89 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน โดยใช้การสุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 คน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 63 คน (ร้อยละ 70.8) และเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 29.2) ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 18-40 ปี จำนวน 45 คน (ร้อยละ 50.6), มีสถานภาพโสด จำนวน 44 คน (ร้อยละ 49.4), ว่างงาน จำนวน 59 คน (ร้อยละ 66.3), รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่พบว่าอยู่คนเดียว จำนวน 68 คน (ร้อยละ 76.4), ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 73) ส่วนใหญ่พบว่ามีประวัติการใช้สาร จำนวน 76 คน (ร้อยละ 85.4) และไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 59 คน (ร้อยละ 66.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=178)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)
เพศ		
ชาย	63 (70.8)	52 (58.4)
หญิง	26 (29.2)	37 (41.6)
อายุ		
18-40 ปี	45 (50.6)	38 (42.7)
41-60 ปี	29 (32.6)	30 (33.7)
มากกว่า 60 ปี	15 (16.8)	21 (23.6)
สถานภาพสมรส		
โสด	44 (49.4)	40 (45.0)
สมรส	20 (22.5)	30 (33.7)
หม้าย/หย่า/แยก	25 (28.1)	19 (21.3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=178) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)
อาชีพ		
ว่างงาน	59 (66.3)	52 (58.4)
มีงานทำ	30 (33.7)	37 (41.6)
รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม		
อยู่คนเดียว	68 (76.4)	60 (67.4)
อยู่กับครอบครัว	21 (23.6)	29 (32.6)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-10 ปี	65 (73.0)	63 (70.8)
มากกว่า 10 ปี	24 (27.0)	26 (29.2)
ประวัติการใช้สาร		
ไม่ใช้	13 (14.6)	44 (49.4)
ใช้	76 (85.4)	45 (50.6)
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	59 (66.3)	71 (79.8)
มี	30 (33.7)	18 (20.2)

ข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวน 72 คน (ร้อยละ 80.9), จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 85 คน (ร้อยละ 95.5), จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 1-14 วัน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 76.4), ไม่มีการทดลองเยี่ยมบ้าน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 74.2), ไม่ได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว จำนวน 63 คน (ร้อยละ 70.8), ไม่มีการวางแผนการจำหน่าย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 69.7), ลักษณะการจำหน่ายโดยญาติมารับกลับบ้าน จำนวน 60 คน (ร้อยละ 67.4), จำนวนมื้อยาที่กินต่อวันมากกว่า 1 มื้อ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 64), ขาดยา จำนวน 70 คน (ร้อยละ 78.7) และมาติดตามการรักษาไม่ตรงนัด จำนวน 79 คน (ร้อยละ 88.8) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=178)

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)
ประวัติการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า		
ไม่เคย	72 (80.9)	67 (75.3)
เคย	17 (19.1)	22 (24.7)
จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล		
1-2 ครั้ง	4 (4.5)	65 (73.0)
มากกว่า 2 ครั้ง	85 (95.5)	24 (27.0)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
1-14 วัน	68 (76.4)	18 (20.2)
มากกว่า 14 วัน	21 (23.6)	71 (79.8)
การทดลองเยี่ยมบ้าน		
ไม่มี	66 (74.2)	74 (83.1)
มี	23 (25.8)	15 (16.9)
การได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว		
ไม่ได้รับ	63 (70.8)	17 (19.1)
ได้รับ	26 (29.2)	72 (80.9)
การวางแผนการจำหน่าย		
ไม่มี	62 (69.7)	19 (21.3)
มี	27 (30.3)	70 (78.7)
ลักษณะการจำหน่าย		
ญาติมารับกลับบ้าน	60 (67.4)	65 (73.0)
ส่งสถานสงเคราะห์/มีเจ้าหน้าที่นำส่ง	29 (32.6)	24 (27.0)
จำนวนมื้อยาที่กินต่อวัน		
1 มื้อ	32 (36.0)	42 (47.2)
มากกว่า 1 มื้อ	57 (64.0)	47 (52.8)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=178) (ต่อ)

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (n=89)
การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล		
ไม่ขาดยา	19 (21.3)	61 (68.5)
ขาดยา	70 (78.7)	28 (31.5)
การมาติดตามการรักษา		
มาตามนัด	10 (11.2)	57 (64.0)
มาไม่ตรงนัด	79 (88.8)	32 (36.0)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การใช้สาร (Adjusted OR = 10.15; 95% CI: 1.61, 64.10), จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง (Adjusted OR = 112.25; 95% CI: 11.76, 1071.71), จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน (Adjusted OR = 0.03; 95% CI: 0.01, 0.23), การได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว (Adjusted OR = 0.06; 95% CI: 0.01, 0.31), การวางแผนการจำหน่าย (Adjusted OR = 0.15; 95% CI: 0.03, 0.76), การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล (Adjusted OR = 6.59; 95% CI: 1.33, 32.73) และการมาติดตามการรักษาไม่ตรงนัด (Adjusted OR = 12.82; 95% CI: 1.96, 84.00) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value*
ประวัติการใช้สาร			
ไม่ใช้	1.00	1.00	
ใช้	5.72 (2.78, 11.75)	10.15 (1.61, 64.10)	0.014
จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล			
1-2 ครั้ง	1.00	1.00	
มากกว่า 2 ครั้ง	57.55 (19.03, 174.05)	112.25 (11.76, 1071.71)	< 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value*
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล			
1-14 วัน	1.00	1.00	
มากกว่า 14 วัน	0.08 (0.04, 0.16)	0.03 (0.01, 0.23)	< 0.001
การได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว			
ไม่ได้รับ	1.00	1.00	
ได้รับ	0.10 (0.05, 0.20)	0.06 (0.01, 0.31)	0.001
การวางแผนการจำหน่าย			
ไม่มี	1.00	1.00	
มี	0.12 (0.06, 0.23)	0.15 (0.03, 0.76)	0.022
การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล			
ไม่ขาดยา	1.00	1.00	
ขาดยา	8.03 (4.08, 15.78)	6.59 (1.33, 32.73)	0.021
การมาติดตามการรักษา			
มาตามนัด	1.00	1.00	
มาไม่ตรงนัด	14.07 (6.40, 30.93)	12.82 (1.96, 84.00)	0.008

All crude p-value for the associations were < 0.001.

*Adjusted p-value.

และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 13.64 วัน เทียบกับ 18.71 วัน ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูล	ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน	ผู้ป่วยที่ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน	p-value
ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	13.64	18.71	< 0.001

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลที่มากกว่า 2 ครั้ง เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[13,14] โดยการที่ผู้ป่วยมีการนอนโรงพยาบาลหลายครั้งอาจบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิตที่กำเริบบ่อย ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของกลุ่มที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ปัจจัยต่อมา คือ การมาติดตามการรักษาไม่ตรงนัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา[17,18] ปัจจัยต่อมา คือ การใช้สาร (substance use) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[17,18] (การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สาร ได้แก่ แอลกอฮอล์ กัญชา แอมเฟตามีน บุหรี่ สารระเหย กระท่อม ตั้งแต่หนึ่งชนิดขึ้นไป) เนื่องจากสารดังกล่าว ทำให้เกิดการเสพติดและออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาท ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตจนนำมาสู่อาการกำเริบได้ ปัจจัยต่อมา คือ การขาดยาก่อนกลับมานอนโรงพยาบาล โดยในกลุ่มศึกษาในงานวิจัยนี้พบมากถึงร้อยละ 78.8 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่าการขาดยามักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ดูแลและการเข้าถึงบริการ หากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมหรือผู้ป่วยต้องเดินทางไกล ก็จะส่งผลให้เกิดการขาดยาและกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในที่สุด[19] นอกจากนี้ปัจจัยการขาดยาและมาไม่ตรงนัดอาจมีสาเหตุมาจาก การขาดความตระหนักรู้ในสภาวะโรค (poor insight) ผลข้างเคียงของยา ภาระค่าใช้จ่าย และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ค่อยดี ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการวางแผนการจำหน่าย เป็นปัจจัยป้องกันในการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ พบว่า กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ[20] ทั้งนี้การวางแผนจำหน่ายไม่เพียงแค่การนัดหมาย แต่คือกระบวนการเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในโรค การดูแลตนเอง และสัญญาณเตือนภัย จะช่วยให้สามารถจัดการปัญหาเบื้องต้นได้เองที่บ้าน ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลงได้ ปัจจัยป้องกันต่อมา คือการได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสามารถป้องกันอาการทางจิตกำเริบและลดความเสี่ยงในการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้[18] ซึ่งปัญหาหลักของการรักษาโรคทางจิตเวช คือการไม่ร่วมมือในการกินยา[19] ดังนั้นการใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว อาจช่วยแก้ปัญหานี้ได้ เพราะส่งผลให้ระดับยาในเลือดสม่ำเสมอ และใน

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่มากกว่า 14 วัน เป็นปัจจัยป้องกันที่บ่งชี้ว่าช่วยลดความเสี่ยงได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสหวิชาชีพในระยะเวลาที่นานเพียงพอช่วยให้กระบวนการรักษาเข้าสู่ภาวะคงที่ โดยเฉพาะในโรคที่ต้องใช้เวลาปรับยาหรือสังเกตอาการข้างเคียง และยังเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจและทักษะการใช้ชีวิตก่อนกลับสู่สภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่สั้นลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น[16] และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผลสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ[13] แต่ผลการศึกษานี้ก็มีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล[17] จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่าแม้จะดูเหมือนประหยัดค่าใช้จ่ายในระยะสั้น แต่หากผู้ป่วยอาการยังไม่คงที่และต้องกลับมานอนซ้ำภายใน 28 วัน จะทำให้เกิดความไม่คุ้มทุนมากกว่า เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรับใหม่ ซึ่งสูงกว่าการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยเดิม ทรัพยากรที่เสียไปในการที่คนไข้ 1 คนครองเตียง 2 รอบใน 1 เดือน สิ้นเปลืองทรัพยากรมากกว่าการให้นอนนานขึ้นเพื่อให้หายขาดในรอบเดียว รวมถึงจะเป็นการลดภาระงานของบุคลากรและลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์รุนแรงในชุมชน ซึ่งประเมินเป็นมูลค่าความเสียหายได้ยากแต่มีความสำคัญสูง ส่วนประเด็นที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักถูกกดดันด้วยตัวชี้วัดการหมุนเวียนเตียง แต่สำหรับโรคจิตเภท การเร่งจำหน่าย เพื่อเพิ่มยอดการหมุนเวียนอาจนำไปสู่ความไม่คุ้มทุนทางการแพทย์ ดังนั้น การให้การรักษาในหอผู้ป่วยให้นานพอจนผู้ป่วยมีความพร้อม แม้จะมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งการรับรักษาที่สูงกว่า แต่กลับมีความคุ้มค่ามากกว่าในระยะยาว เนื่องจากการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น ก่อให้เกิดต้นทุนแฝงทั้งในส่วนของทรัพยากรโรงพยาบาลและภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่อาการยังไม่คงที่[4,5]

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัวทางกาย รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า[13,15,16,17] อาจเนื่องมาจากลักษณะพื้นฐานของประชากรเฉพาะกลุ่มในพื้นที่และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมาก ส่วนในด้านปัจจัยการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Han และคณะ[14] แต่พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า[21] อาจเนื่องมาจาก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

ไฟฟ้าค่อนข้างจำกัด อีกทั้งผลการรักษามักอยู่ได้ไม่นานหากขาดการทำอย่างต่อเนื่อง และมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังระยะยาวถึง 10 ปี ซึ่งสะท้อนผลจากการปฏิบัติในสภาวะจริงได้อย่างครอบคลุม ผลการศึกษาที่ได้จึงมีความน่าเชื่อถือ ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลหลายครั้ง เพื่อให้การดูแลรักษาที่เข้มข้นขึ้น รวมถึงกลุ่มที่ขาดยาและมาไม่ตรงนัด ควรมีการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย เช่น การโทรศัพท์ติดตามก่อนวันนัด เพื่อป้องกันการขาดยาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ มีการจัดโปรแกรมในการบำบัดการใช้สาร และนำปัจจัยป้องกันไปปรับใช้เพื่อลดความเสี่ยง เช่น การปรับปรุงการวางแผนก่อนจำหน่าย การใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์ระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการปรับเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลให้เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของตัวแปรและบริบทที่แตกต่างกันของหอผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อยอดเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านมุมมองและทัศนคติ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาการที่หลงเหลือก่อนการจำหน่าย รวมถึงทำการศึกษาในกลุ่มที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วง 90 วัน หรือ 1 ปี เป็นต้น และมีการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการออกแบบงานวิจัยเชิง prospective หรือ experimental เพิ่มเติม ควรนำปัจจัยไปพัฒนาต่อเป็นแบบจำลองพยากรณ์ความเสี่ยง (predictive model) เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. World Health Organization. **Schizophrenia** [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 9]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia/
3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. **Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease**. Popul Health Metr. 2010;8:24.
4. Kadakia A, Fan Q, Onukwugha E, Guo JZ. **The Economic Burden of Schizophrenia: A Systematic Review**. PharmacoEconomics. 2022;40(6):601-16.
5. Sittironnarit G. **Economic burden of schizophrenia in Thailand: A cost-of-**

illness study. J Med Assoc Thai. 2021;104(3):S1-S10.

6 Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. **Schizophrenia**. Lancet. 2022;399(10323):473-86.

7. Boaz TL, Becker MA, Andel R, Van Dorn RA, Choi J, Sikirica M. **Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications**. Psychiatr Serv. 2013;64(12):1225-29.

8. Li Z, Ge X, Feng J, Li J, Liu J, Wang J, et al. **Risk factors for 30-day readmission in patients with schizophrenia: A retrospective study based on a large clinical database**. Front Psychiatry. 2023;14:1165487.

9. Australian Institute of Health and Welfare. **Mental health services in Australia: Performance indicators** [Internet]. Canberra: AIHW; 2025 [cited 2026 Mar 9]. Available from: https://www.aihw.gov.au/mental-health/monitoring/performance-indicators

10. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D. **Pre- and post-discharge predictors of 30-day readmission in a sample of people with schizophrenia: a retrospective analysis**. BMC Psychiatry. 2021;21(1):423.

11. Kongsakon R, Kanchanatawan B. **Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social security scheme, Thailand**. ASEAN J Psychiatry. 2007;8(2):118-23.

12. Jaramillo-Gonzalez LE, Sanchez-Pedraza R, Herazo MI. **The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study**. BMC Psychiatry. 2014;14:161.

13. Pono K. **Length of stay and factors associated with readmission among patients with schizophrenia in Nakhon Phanom Psychiatric Hospital**. J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2012;6(1):1-13.

14. Han X, Jiang F, Tang Y, Needleman J, Guo M, Chen Y, et al. **Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing, China: a retrospective, medical record-based analysis**. BMC Psychiatry. 2020;20(1):113.

15. San L, Bernardo M, Gomez A, Pena M. **Factors associated with relapse in patients with schizophrenia**. Int J Psychiatry Clin Pract. 2013;17(1):2-9.

16. Hung YY, Chan HY, Pan YJ. **Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission**. PLOS ONE. 2017;12(10):e0186768.

17. Namwong P, Chanakoon W. **Factors associated with 28-day rehospitalization**

of patients with schizophrenia in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2018;12(2):1-11.

18. Suwattanapreeda J, Piboonarluk W, Keawyot K, Suwattanapreeda S. **Predictive factors of readmission in patients with schizophrenia using data mining techniques.** J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2021;15(2):13-24.

19. Pitanupong J, Ratanaapiromyakij P, Teetharatkul T. **Factors associated with readmission among individuals with one previous episode of schizophrenia in Southern Thailand: a university hospital-based retrospective study.** J Health Sci Med Res. 2022;40(6):657-70.

20. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. **Predictors of 30-day readmission in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis.** J Psychiatr Res. 2022;151:516-25.

21. Ma Y, Rosenheck R, Fan N, He H. **Rates and patient characteristics of electroconvulsive therapy in China and comparisons with the United States.** J ECT. 2019;35(4):251-57.