

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่งของประเทศไทย

ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร *

(Received : July 31, 2023; Revised : October 2, 2023; Accepted : October 10, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอแห่งหนึ่งทางภาคใต้ของประเทศไทย ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2566 ใน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การปฏิบัติร่วมกัน 3) การสังเกตร่วมกัน และ 4) การสะท้อนผลร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 54 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 17 คน ญาติของผู้ป่วย 10 คน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและยาเสพติด 18 คน แกนนำชุมชน 9 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มี 8 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดตั้งคณะทำงานระดับพื้นที่ และค้นหาผู้นำสำคัญสำคัญ หรือ นายหัวในพื้นที่ 2) การจัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ 3) การคัดกรอง ประเมินความก้าวร้าว 4) การแบ่งกลุ่มบุคคลตามระดับความรุนแรง 5) การติดตามเยี่ยมบ้าน 6) การจัดทำแผนที่ผู้ป่วย 7) การกำหนดช่องทางในการแจ้งเหตุและมีด่านในชุมชน 8) การกำหนดมาตรการ ข้อตกลงร่วมในการดำเนินการของชุมชน ระดับที่ 2 การดูแลในโรงพยาบาล มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ 2) การเตรียมระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยใน 3) การประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วย 4) การส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง 5) การเตรียมครอบครัว ชุมชน ก่อนจำหน่าย และระดับที่ 3 การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ 2) การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารของชุมชน 3) การจัดการรายการกรณี 4) การติดตามและประเมินพฤติกรรม 5) การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัด และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.84$, $p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ หลังได้รับการจัดการรายการกรณีแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.64$, $p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด, การมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ E-mail : sitisan2023@gmail.com

Caring Model Development for Serious Mental Illness High Risk to Violence (SMI-V) with Community Participation: A Case Study of One District, Thailand

Laddawan Sittisan*

(Received : July 31, 2023; Revised : October 2, 2023; Accepted : October 10, 2023)

Abstract

This participatory action research aimed to develop the caring model for Serious Mental Illness High Risk to Violence (SMI-V) with community participation and to study the clinical outcome of SMI-V in a district of south Thailand. The model was developed from April to July 2023 in 4 steps: 1) joint planning, 2) joint execution, 3) joint observation, and 4) joint reflection. 54 informants consisted of 17 SMI-V, 10 patients' relatives, 18 drug-addicted mental health workers, 9 community leaders. Qualitative data were analyzed by content and narrative analysis, while descriptive statistics and t-tests were used to analyze quantitative data.

The results revealed that the caring model for SMI-V with community participation can be divided into 3 levels. The first level was pre-hospital care, which comprised 8 components: 1) Establishing an area working group and searching the key leaders or local leaders, 2) Arranging an incident action plan training, 3) Screening and assessing aggression, 4) Arranging an individual registration and grouping, 5) Following home visits, 6) Mapping patients, 7) Setting the channel for report incidents and community checkpoints, and 8) Setting the community measures and agreements. The second level was hospital caring, which comprised 5 components: 1) Preparing the medical personnel, 2) Preparing the inpatient safety system, 3) Assessing the patient symptoms and problems, 4) Following the referral guidelines, and 5) Preparing the families and communities before discharging patients. The third level was post-hospital caring, which comprised 5 components: 1) Establishing an area working team, 2) Establishing a community communication group, 3) Case managing, 4) Patient behavior monitoring and assessment, and 5) Patients healing by psychotherapy and rehabilitating with community participation. After the SMI-V caring model implementation, the average score of SMI-V in psychiatric symptoms statistically decreased significantly ($t = 7.84$, $p\text{-value} < 0.05$), while the overall ability of SMI-V in mental, social, and professional statistically improved significantly ($t = -12.64$, $p\text{-value} < 0.05$).

Keywords : Serious Mental Illness High Risk, Participatory

* Professional nurse, Aoleuk Hospital, Krabi Province, E-mail : sitisan2023@gmail.com

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อในหลายด้านทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และอาชญากรรม ซึ่งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ได้ดำเนินการสำรวจผู้ติดยาเสพติดในระดับครัวเรือนของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และอนุมานว่าผู้ติดยาเสพติดประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา⁽¹⁾ และในปี พ.ศ. 2564 กรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการด้านจิตเวช เป็นผู้ติดยาเสพติดจำนวน 360,615 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชติดยาบ้า จำนวน 155,631 คน และผู้ป่วยติดยาเสพติดอื่น ๆ จำนวน 204,984 คน โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ก่อความรุนแรง^(2,3) และผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 50 เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี⁽⁴⁾ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติดชนิดยาบ้า ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.9 ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ทั้งการล่วงละเมิดทางร่างกาย และทางเพศในวัยเด็ก ความเครียดจากปัญหาของครอบครัว เช่น การหย่าร้าง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมในระยะยาว ส่งผลต่อความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด⁽⁵⁾ ขณะที่ผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่ได้รับการรักษา จะพบว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มารับการรักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา⁽⁶⁾ ส่งผลต่อความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคเดียวกัน⁽⁷⁾ ความรุนแรงของอาการป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาเสพติด ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่สังคมต้องตระหนักและให้การดูแลร่วมกัน⁽⁶⁾ ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการทางสุขภาพเท่านั้น

ทั้งนี้ การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งการดูแลในหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป⁽⁸⁾ ซึ่งสามารถแบ่งแนวปฏิบัติการดูแลได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการประเมินและจัดการในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และหรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาด หรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดที่รุนแรงทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม 2) ระยะการประเมินและจัดการในระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาด หรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดลดลงสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ และ 3) ระยะการประเมินและจัดการในระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะที่ฟื้นฟูผู้ป่วยและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต⁽⁴⁾ ซึ่งได้กำหนดแผนการดูแลโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลเป็น 3 ระยะเช่นกัน คือ 1) ระยะ Acute phase 2) ระยะ Stabilized phase และ 3) ระยะ Recovery phase

อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดทั้งการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจำเป็นต้องให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม หรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้คำปรึกษาและครอบครัวบำบัดร่วม และกระบวนการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม^(9,10) โดยบูรณาการร่วมกับการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐานซึ่งเป็นการมองสุขภาพในมุมกว้าง สามารถบริหารจัดการและเน้นการทำงานร่วมกันทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายสาธารณสุข ที่ส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการและได้รับการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด⁽¹¹⁾ ซึ่งทำให้เกิดความรับผิดชอบร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดครอบคลุมทั้งการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรงพยาบาล และชุมชนจึงมีความสำคัญ เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามบริบทและสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง

ต่อการก่อความรุนแรงซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่งของประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่งของประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)^(12,13) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2566 มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ อำเภอแห่งหนึ่งทางภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 40.74 และมีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร้อยละ 5.26

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผนร่วมกัน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติร่วมกัน 3) ขั้นตอนการสังเคราะห์ร่วมกัน และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผนร่วมกัน เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจิตเวชยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา ซึ่งดำเนินการทั้งในระดับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care)
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนเป็นระยะเวลาดังแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

แนวคำถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดในชุมชน และรวบรวมข้อมูลทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงในพื้นที่

2. การประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม จำนวน 12 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ดำรงในพื้นที่ 1 คน ใช้ระยะเวลาในการประชุมกลุ่ม 3 ชั่วโมง

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และการดูแลรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล

2. ขั้นตอนการปฏิบัติร่วมกัน เป็นขั้นตอนการกำหนดแนวทางร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้ง 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care) จากนั้นจึงนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยการกำหนดแนวทางร่วมกันทั้ง 3 ระดับ

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจิตเวชหายาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา ซึ่งดำเนินการทั้งในระดับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care)

2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดในชุมชนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

แนวคำถามการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การกำหนดแนวทางการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล โดย

1.1 การประชุมระดมความคิดร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ดำรงในพื้นที่ 1 คน ใช้เวลาในการประชุม 5 ชั่วโมง

1.2 การสนทนากลุ่มร่วมกับผู้นำชุมชนและญาติของผู้ป่วย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และญาติของผู้ป่วย 10 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง โดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ หรือ ORID (14) ดำเนินการถามผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 4 คำถาม คือ

1.2.1 ท่านคิดว่า ใครควรมีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหาการใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตและก่อความรุนแรงในพื้นที่

1.2.2 ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เมื่อพบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำแล้วมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ

1.2.3 ท่านคิดว่าเราจะมีแนวทาง วิธีการ หรือรูปแบบการมีส่วนร่วมอย่างไรบ้างที่จะทำให้เกิดการผลดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

1.2.4 ท่านคิดว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนได้ผลดี และแต่ละวิธีเราทำกันอย่างไร

2. การกำหนดแนวทางการดูแลในโรงพยาบาล โดย

2.1 การประชุมระดมความคิดร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 10 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

2.2 การสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจิตเวชยาเสพติดในโรงพยาบาล จำนวน 7 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน 3 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน เหวล 1 คน พนักงานขับรถ 1 คน และพนักงานรักษาความปลอดภัย 1 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง

2.3 การกำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยการประชุมระดมความคิดร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 19 คน ประกอบด้วย ญาติของผู้ป่วย 10 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน และกู้ชีพกู้ภัย 1 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

3. **ขั้นตอนการสังเกตร่วมกัน** เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา ในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2564-กันยายน 2565) และได้รับการวินิจฉัยโรคระบบ ICD-10 code F15.1-15.9 รวมทั้งมีลักษณะของพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย หรือ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) โดยผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบในขณะที่เข้าร่วมการศึกษา

2. เป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วย และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

แบบประเมินอาการทางจิต และแบบประเมินความสามารถโดยรวมซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 17 คน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 17 คน และผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วย จำนวน 10 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 1.5-2 ชั่วโมงต่อคน

3. การประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ และการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ ในขั้นตอนการสังเกตร่วมกัน โดยดำเนินการในรอบที่ 1 และ รอบที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมิน จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาในการประเมิน 1.5-1 ชั่วโมงต่อคน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลร่วมกัน เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับรูปแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้นำไปขยายผล และปรับรูปแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1.เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา ในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2564-กันยายน 2565) และได้รับการวินิจฉัยโรครระบบ ICD-10 code F15.1-15.9 รวมทั้งมีลักษณะของพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย หรือ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) โดยผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบในขณะที่เข้าร่วมการศึกษา

2.เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจิตเวชยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา ซึ่งดำเนินการทั้งในระดับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care)

3.เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

4. มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

แนวคำถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 29 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ตำรวจในพื้นที่ 1 คน และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา 17 คน ตามแผนที่ปรับขึ้นใหม่ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จะถูกตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบสามเส้าในด้านข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methods Triangulation) ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลกับชุมชน จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และเชิงบรรยาย (Narrative analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pair t-test

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ และแนวคำถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KB-IRB 2023/07.2804 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566 โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และผู้เข้าร่วมมีความพร้อมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมยินยอมด้วยวาจา และลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกรักษาและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม และผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินอาการทางจิตและความสามารถของผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ประกอบด้วยองค์ประกอบของการดูแล 3 ระดับ (ภาพที่ 2) คือ

1. รูปแบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care)

รูปแบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล คือ กระบวนการร่วมกันของชุมชนในการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง และช่วยเหลือบุคคลที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรง สามารถอธิบายรูปแบบกระบวนการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลได้ดังนี้

1.1 การจัดตั้งคณะทำงานระดับพื้นที่ และค้นหาผู้นำสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่ามประจำมัสยิด) 2) ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมกู้ชีพกู้ภัยในพื้นที่ และ 3) ทีมความมั่นคง คือ ตำรวจในพื้นที่ ร่วมดำเนินการตามกระบวนการ ทั้งนี้จำเป็นต้องค้นหาผู้นำสำคัญ หรือ นายหัวในพื้นที่ เพื่อร่วมให้ความช่วยเหลือ เกลี้ยกล่อม พุดคุยกับกลุ่มเสี่ยง และร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย สร้างอาชีพ จ้างงาน และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

1.2 การจัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ ซึ่งการดำเนินการซ้อมแผนขึ้นกับความเชี่ยวชาญ และทักษะของทีมคณะทำงาน และบทบาทในการดำเนินการ เช่น ทีมความมั่นคงจัดให้มีการซ้อมแผนการใช้ไม้ยางในการเข้าควบคุมบุคคลที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่คลุ้มคลั่ง หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความรุนแรง รวมถึงองค์ความรู้การใช้ปืนไฟฟ้า และทีมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งผู้นำชุมชน และทีมความมั่นคง จัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุบนโต๊ะขึ้น

1.3 การคัดกรอง และประเมินความก้าวร้าว โดยใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรอง 6 แบบ ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flag) คือ (1) ไม่หลับไม่นอน (2) เดินไปเดินมา (3) พุดจาคนเดียว (4) หงุดหงิดฉุนเฉียว และ (5) เทียวหวาดระแวง 2) แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข 3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale : BPRS) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) 5) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และ 6) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ป่วยและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด รักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ทั้งนี้หากบุคคลมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่อาจก่อความรุนแรง เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ปกครองจะดำเนินการลงเกลี้ยกล่อมก่อน แต่หากผู้ป่วยมีแนวโน้มก่อความรุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และกู้ชีพกู้ภัยจะร่วมในการดำเนินการคัดกรอง

1.4 การทำทะเบียนรายบุคคล และดำเนินการแบ่งกลุ่มบุคคลที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดซึ่งสามารถแบ่ง

ตามระดับความรุนแรง ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มรุนแรงน้อย (สีเขียว) เป็นบุคคลที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง และมีอาการ คือ รู้สึกไม่สบายใจ เหนื่อย เสร้า ทุกข์ใจ หรือเบื่อหน่าย ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรก็ไม่สนุก 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) เป็นบุคคลที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง และมีอาการ คือ หูแว่ว พูดคนเดียวเหมือนได้ตอบกับคนอื่น หรือเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น และ 3) กลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) เป็นบุคคลที่ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตาย/ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ข้าวของจนแตกหัก หรือก้าวร้าว รุนแรง/หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล โดยกลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) จะถูกแยกเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม

1.5 การติดตามเยี่ยมบ้านของบุคคลที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยในกลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) เพื่อประเมินการดูแลและการช่วยเหลือร่วมกันระหว่างชุมชน

1.6 การจัดทำแผนที่ เพื่อดำเนินการปกป้องบุคคลกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แผนที่หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.7 การกำหนดให้มีช่องทางในการแจ้งเหตุ กรณีฉุกเฉิน และจัดให้มีด่านในชุมชน เพื่อป้องกันปราชัยระว่าง ลดการมีผู้เสียชีวิตของกลุ่มเสี่ยง

1.8 การกำหนดมาตรการ และข้อตกลงร่วมในการดำเนินการของชุมชน ตัวอย่างเช่น การปิดทองบ้านที่ปลอดภัย เสพติด การกำหนดเงื่อนไขการกู้ยืมเงินของกองทุนที่ตั้งขึ้นในชุมชนสำหรับครอบครัวที่ไม่เสพสารเสพติด หรือการประกาศหมู่บ้านปลอดภัยเสพติด

2. รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care)

รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล คือ กระบวนการในการดูแล รักษา ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการคัดกรองและวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มในโรงพยาบาล จนถึงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแล รักษาในโรงพยาบาล สามารถอธิบายเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ เป็น 2 ทีม คือ ทีมดูแลหลัก และทีมสนับสนุน เริ่มจากการจัดให้มีการประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาล จำนวน 11 คน เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ความเสี่ยงจากผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ชื่อนำส่งและขณะรับไว้ในโรงพยาบาล และกำหนด แนวทางการดำเนินร่วมกันของแต่ละฝ่ายในโรงพยาบาล ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลควรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อาทิ สนับสนุนการอบรมพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด (หลักสูตร 4 เดือน) ของพยาบาลวิชาชีพ การอบรมหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน ระยะสั้น 3-5 วัน ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และการจัดการ อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การคัดกรองพฤติกรรม/ความเสี่ยงรุนแรง ด้วยแบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย และการจัดให้มีการซ้อมแผนภายในโรงพยาบาล ระหว่าง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเภสัชกรใช้ พนักงานเวรเปล พนักงานขับรถ และพนักงานรักษาความปลอดภัย แนวทางการส่งต่อ (16) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

2.2 การเตรียมระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เช่น เสริมเหล็กกันเตียง หัวเตียงให้แข็งแรง จัดพื้นที่ที่เหมาะสมปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (corner ward)

2.3 การประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเข้าสู่ระบบ ช่องทางด่วนของผู้ป่วย SMI-V (fast tract)

2.4 การดำเนินการตามแนวทางการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข(16) เพื่อให้แพทย์วินิจฉัย และประเมิน เพื่อนำ เข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล หรือส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไปโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หรือกรณีผู้ป่วยเสพติด รุนแรงเรื้อรัง อาการทางจิตสงบ ส่งต่อไปโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

2.5 การเตรียมครอบครัว ชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยดำเนินการจัดเตรียมครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมถึงการจัดเตรียมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การจัดเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสม ต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และการจัดเตรียมภาคีเครือข่าย และผู้นำในการร่วมดูแลและติดตาม

3. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care)

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย คือ กระบวนการในการดูแล ประเมิน วางแผน และติดตาม ช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สามารถอธิบายเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

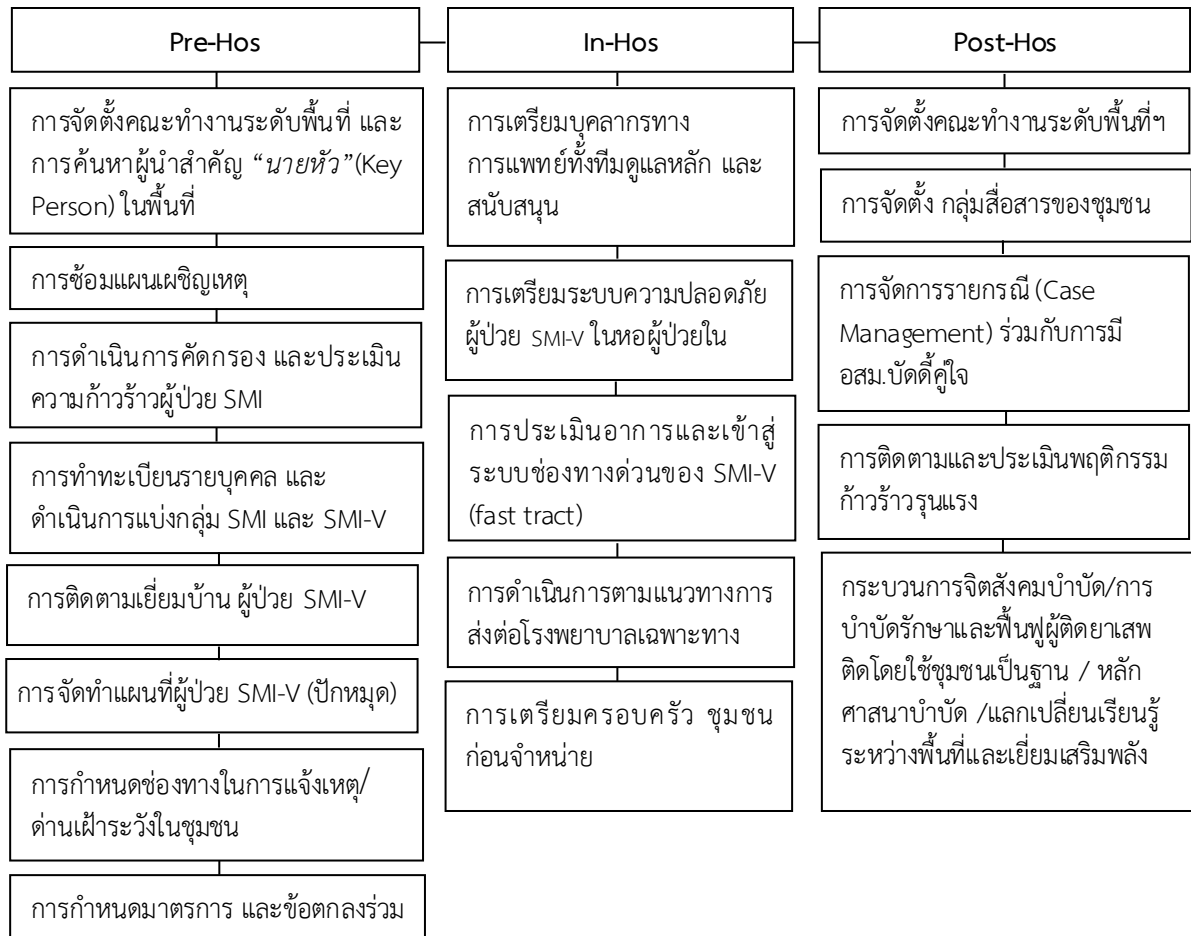
3.1 การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ญาติของผู้ป่วย แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งคณะทำงานชุดนี้อาจเป็นชุดเดียวกับคณะทำงานที่อยู่ในระยะของการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลได้

3.2 การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) ของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน ตำรวจ กู้ชีพกู้ภัย ปลัดอำเภอฝ่ายปราบปราม ซึ่งช่องทางสื่อสารนี้จะใช้ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และหลังถูกจำหน่ายและส่งต่อไปยังชุมชน เพื่อการติดตามต่อเนื่อง โดยดำเนินการคืนข้อมูลให้ชุมชนผ่านเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้หากผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อเหตุความรุนแรง ช่องทางสื่อสารนี้จะเป็ช่องทางติดต่อกับทีมความมั่นคง และทีมเผชิญเหตุในชุมชน ซึ่งเป็นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

3.3 การจัดการรายกรณี (Case Management) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวชที่อาการทางจิตกำเริบจากการใช้ สารเสพติด โดยดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งการจัดให้มีผู้ติดตาม พี่เลี้ยงในชุมชนร่วมในการดูแล หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขบัดดี้ใจ (อสม.บัดดี้ใจ)

3.4 การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกติดตามและประเมินพฤติกรรมในช่วงเดือนแรกหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยโรคจิต (2ย+1ส) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย การกินยา ญาติ/ผู้ดูแล การใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/ สารเสพติด/อื่น ๆ) ถัดมาผู้ป่วยจิตเวชจะถูกติดตามและประเมินพฤติกรรมเดือนละหนึ่งครั้งจนครบ 1 ปี โดยใช้เครื่องมือแบบ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และ แบบติดตาม 10 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/ยาเสพติด) ซึ่งระหว่างการติดตามและประเมินพฤติกรรม หากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบ คณะทำงานในพื้นที่ จะดำเนินการประสานพยาบาลจิตเวชลงพื้นที่ ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ และจัดประชุมทีมแกนนำอีกครั้ง

3.5 การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation/ Community Based Treatment and Care: CBTx) หลังจากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้นแล้ว โดยใช้ศาสนาบำบัดควบคู่กับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ด้วยหลักการ “ศาสนานำ สาธารณสุขตาม” ในชุมชนที่นับถือศาสนาอิสลาม ประกอบกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด และเยี่ยมเสริมพลังในทีมแกนนำ และทีมดูแลผู้ป่วย



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยชุมชนมีส่วนร่วม

2. ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่ง ของประเทศไทย

จากการประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตหลังได้รับการดูแลที่ค่าเฉลี่ย 30.23 (SD = 9.93) ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต 49.88 (SD = 6.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.84, p\text{-value} < 0.05$) และผลการประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ย 76.35 (SD = 10.79) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม 35.88 (SD = 10.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.64, p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ระยะเวลา	ก่อน		หลัง		T	DF	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD			
อาการทางจิต	49.88	6.06	30.23	9.93	7.84	16	0.00
ความสามารถโดยรวม	35.88	10.67	76.35	10.79	-12.64	16	0.00

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการประเมินอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (n=17)

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และระยะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย มีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งได้แบ่งเป็นแนวปฏิบัติไว้ 3 ระยะ คือ 1.ระยะการประเมินและจัดการในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง 2.ระยะการประเมินและการจัดการในระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และ 3.ระยะการประเมินและการจัดการก่อนกลับบ้าน เป็นระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด แต่ทั้งนี้ในระยะที่สามของการศึกษานี้ยังมีลักษณะของการจัดการภายในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตมีความหวัง และมีความรับผิดชอบในตนเอง⁽¹⁷⁾ ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง อาจเป็นผลเนื่องจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งเป็นภูมิหลังที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมที่รุนแรงในระยะยาว^(5,19) ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ความรุนแรงต้องการการสนับสนุนและการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันผู้ป่วยจิตเวชก็อาจมุ่งเป้าก่อความรุนแรงไปยังสมาชิกครอบครัวได้เช่นกัน⁽¹⁷⁾ ขณะที่สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกับอาการทางจิตและเป็นผลจากประสบการณ์การรักษาที่ไม่เพียงพอ⁽¹⁷⁾ ทำให้ Lamb & Weinberger⁽¹⁸⁾ สนับสนุนกระบวนการในการออกแบบการรักษาและบำบัดสารเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในควรมีความหลากหลาย และสามารถเข้าสู่ชุมชนที่มีความพร้อมให้เข้ามามีส่วนร่วมได้ ซึ่งกระบวนการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม ร่วมกับการเยี่ยมและติดตามของทีมสหวิชาชีพ^(9,10) ทั้งนี้การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่เชื่อมโยงกับชุมชน และเป็นการจัดการดูแลรายกรณีอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งคณะทำงานระดับพื้นที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และยังมีความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำ⁽⁹⁾ โดย พินณรัฐ ศรีหรรษา⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ขณะที่ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล จึงจำเป็นต้องให้ชุมชน ทั้งญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการร่วมกัน ซึ่งเป็นการจัดเตรียมความพร้อมในการดูแลของชุมชน ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหลังจากจำหน่ายไปสู่ชุมชน ในทางกลับกันหากชุมชนไม่มีความพร้อมก็อาจส่งผลการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยและนำมาสู่อาชญากรรมที่ไม่คาดคิด และกลับเข้าสู่ระบบการดูแลในโรงพยาบาล⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดจึงต้องให้ความสำคัญกับพื้นฐานของชุมชนที่ตระหนักถึงปัญหา และต้องการแก้ไขตามบริบทของพื้นที่ร่วมกัน⁽⁹⁾ ในการดูแลเชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลทั้งก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาภายใต้สภาพการณ์ของการดำเนินการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอหนึ่งเท่านั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดรูปแบบที่เกิดขึ้น สามารถประยุกต์รูปแบบการดำเนินการร่วมกับพื้นที่ที่ดำเนินการได้ประสบความสำเร็จในแต่ละระดับของการดูแล และพัฒนาต่อยอดให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.องค์ประกอบของรูปแบบแต่ละระยะ จำเป็นต้องให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามาเป็นคณะทำงานระดับพื้นที่ มีความเข้าใจ และเข้าร่วมในการดำเนินการร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแล สอดคล้องตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของพื้นที่นั้น และเหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณีได้

2.ระบบการเชื่อมต่อกลไกทั้งภายในโรงพยาบาล และระหว่างชุมชน มีความสำคัญที่จะส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมเปลี่ยนแปลงไปใน ทิศทางที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมี ส่วนร่วม ในแต่ละพื้นที่ ที่มีการนำไปใช้เพื่อให้สามารถค้นหาปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และการคงอยู่ของระบบที่จะนำไปสู่ ความยั่งยืนได้

2.ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผล หรือปัจจัยเชิงทำนายต่อกลไกที่สนับสนุนรูปแบบให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ตาม เป้าหมายที่กำหนดได้

เอกสารอ้างอิง

1.นิตยา ฤทธิ์ศรี, ศุภลักษณ์ จันทาญ. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียน มัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17: 77–87.

2.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566 : คำ สัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน.” นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ; 2566.

3.ญัฐติญา นกแก้ว. ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัด ยาเสพติดทางภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ. สงขลา: มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2561.

4.ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์, ศิริณา ศรีธาทพิสิฐ, พิมพ์ชนก มลิณธนพัชรพร, นวียา แก้วทองใหญ่, ภาณุพงศ์ พระวงคำ, สามีณี ธาตุท่าเล. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกาย จิต สังคม บำบัดในรูปแบบ 8 ครั้ง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2565; 37: 48–61.

5.Compton MT, Zern A, Langlois S, Ashekun O. Associations Between Adverse Childhood Experiences and Tobacco, Alcohol, and Drug Use Among Individuals with Serious Mental Illnesses in Public-Sector Treatment Settings. Community Ment Health J. 2023; 59: 363–9.

6.Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. Am J Psychiatry 1998; 155: 226–31.

7.กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.

8.เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, ถนอมศรี อินทนนท์, วันดี สุทธิรงค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในโรงพยาบาลสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554; 25: 28–41.

- 9.ณัฐพนธ์ บุตตะโยธิน. กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5: 77–88.
- 10.พินณรัฐ ศรีรักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร :กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8: 436–47.
- 11.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัจนสินธุ์, บัณฑิตพร พรมแจ้ง. พัฒนาการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562; 12: 1–8.
- 12.Nata Tubtimcharoon. PARTICIPATORY ACTION RESEARCH: A POSSIBLE RESEARCH METHOD FOR DEVELOPING SUSTAINABLE TOURISM IN THAILAND. Panyapiwat J. 2021; 13: 293–309.
- 13.วีระยุทธ ขาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558;2:29–49.
- 14.Stanfield RB, editor. The Art of Focused Conversation: 100 Ways to Access Group Wisdom in the Workplace. Illustrated edition. New Society Publishers; 2000.
- 15.กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2561.
- 16.กองบริหารสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิต และสารเสพติด สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สมุทรสาคร: บอร์น ทู พับลิชชิ่ง; 2564.
- 17.Labrum T, Zingman MA, Nossel I, Dixon L. Violence by Persons with Serious Mental Illness Toward Family Caregivers and Other Relatives: A Review. Harv Rev Psychiatry. 2021;29:10–9.
- 18.Lamb HR, Weinberger LE. Meeting the needs of those persons with serious mental illness who are most likely to become criminalized. J Am Acad Psychiatry Law. 2011;39:549–54.
- 19.Nowotny KM, Belknap J, Lynch S, DeHart D. Risk profile and treatment needs of women in jail with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. Women Health 2014;54:781–95.