บทความวิชาการ

Integrated Nursing Approaches for Patients with Co-Occurring Psychiatric and Substance Use Disorders

Received: Oct 11, 2025
Revised: Dec 19, 2025
Accepted: Dec 22, 2025

Puthawan Choocherd, Ph.D.[1]
Suleemas Angsukiattitavorn, Ph.D.[2*]

Abstract

Introduction: Patients with co-occurring psychiatric and substance use disorders (COD) are a complex and vulnerable group with multidimensional needs. Integrated nursing care addresses these challenges by combining systematic psychiatric care with substance use treatment. This study was conducted as an integrative literature review. Research articles published between 2015 and 2025 were retrieved from PubMed, Scopus, ScienceDirect, and ThaiJo, and subsequently synthesized using thematic analysis.

Objectives: To review the health service system and nursing standards, and present integrated nursing approaches for patients with COD in Thailand.

Key issues: Integrated nursing care for patients with COD comprises medication management and psychosocial therapies, such as Motivational Interviewing (MI) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), along with case and risk management, including safety measures. These approaches emphasize multidisciplinary collaboration and community-based support systems to ensure continuity of care and sustain treatment effectiveness.

Conclusions: Care for patients with COD requires nursing knowledge, competence, and clinical leadership to integrate assessment, planning, and individualized care in collaboration with the multidisciplinary team.

Implications: To provide systematically integrated care for patients with COD, nurses should enhance their competence and clinical leadership. The implementation of evidence-based guidelines and interprofessional collaboration ensures continuity of care and effectively promote long-term recovery outcomes.

Keywords: co-occurring disorders (COD), integrated nursing care, evidence-based practice, multidisciplinary collaboration, case management

[1*] *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand. Email: puthawan@slc.ac.th*

[2] *Corresponding author: Independent Scholar, Email: angled18su@gmail.com*

การพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติด

Received: Oct 11, 2025
Revised: Dec 19, 2025
Accepted: Dec 22, 2025

พุทธวรรณ ชูเชิด Ph.D.[1]
สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร พย.ด.[2*]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติด หรือโรคร่วม เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและเปราะบางทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ในการดูแลจำเป็นต้องใช้แนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการที่ผสานการดูแลด้านจิตเวชและการบำบัดการใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, ScienceDirect และ ThaiJo ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2568 และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงธีม

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนระบบบริการสุขภาพ มาตรฐานการพยาบาล และนำเสนอแนวทางการพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

ประเด็นสำคัญ: การพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การบริหารยา การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การจัดการรายกรณี และการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างเข้มงวด แนวทางเหล่านี้เน้นการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและระบบสนับสนุนในชุมชนเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สรุป: การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถและภาวะผู้นำทางคลินิกของพยาบาลในการบูรณาการการประเมิน การวางแผนและการให้การดูแลเฉพาะบุคคลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรพัฒนาความรู้บนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสามารถและภาวะผู้นำทางคลินิกในการให้การพยาบาลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติด การประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลที่อิงหลักฐานและการทำงานแบบสหวิชาชีพในทางปฏิบัติจะช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและส่งเสริมผลลัพธ์การฟื้นฟูในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคร่วม การพยาบาลบูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ ทีมสหวิชาชีพ การจัดการรายกรณี

[1]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: puthawan@slc.ac.th*

[2*]*Corresponding author นักวิชาการอิสระ Email: angled18su@gmail.com*

บทนำ

ความผิดปกติทางจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่เกิดร่วมกัน (Co-Occurring disorders: COD) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทางคลินิกและก่อให้เกิดความท้าทายอย่างมากต่อการวินิจฉัยและการรักษา ในเชิงวิชาการและการปฏิบัติมีการใช้คำศัพท์หลากหลายเพื่ออธิบายภาวะนี้ เช่น โรคร่วม (Comorbidity) ซึ่งใช้ในทางระบาดวิทยา หมายถึง การมีโรคตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในบุคคลเดียวกัน และภาวะวินิจฉัยคู่ (Dual diagnosis) ซึ่งใช้กันมานานในวงการแพทย์เพื่อระบุถึงการมีความผิดปกติทางจิตเวชควบคู่กับภาวะการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดระดับสากล เช่น SAMHSA[1] แนะนำให้ใช้คำว่า ภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Co-Occurring disorders: COD) เป็นมาตรฐาน เนื่องจากมีความหมายเฉพาะเจาะจง เป็นกลางและสะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลทั้งสองภาวะอย่างบูรณาการ[2] ในการศึกษานี้ ผู้เขียนจึงเลือกใช้คำว่า COD ในความหมายของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นที่การเกิดโรคร่วมภายในระยะเวลา 12 เดือน อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5)[3]

ปัจจัยทางพันธุกรรม ชีวภาพและสิ่งแวดล้อม ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะความผิดปกติทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดร่วมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างสองภาวะนี้ไม่สามารถระบุทิศทางได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยจิตเวชบางรายอาจใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการ ขณะที่บางรายอาจเกิดความผิดปกติทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่รบกวนสารสื่อประสาทในสมอง การเกิดร่วมกันระหว่างความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและโรคทางจิตสามารถอธิบายได้ 3 เส้นทาง (Pathways) ได้แก่ (1) ปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง เช่น พันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อมอาจทำให้ทั้งสองปัญหาเกิดขึ้นพร้อมกัน (2) การมีโรคทางจิตตั้งแต่ต้นอาจผลักดันให้บุคคลหันไปใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการ ส่งผลให้เสพติดในที่สุด และ (3) การใช้หรือการเสพติดสารเสพติดเองก็อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตตามมาได้[4] หลักฐานจากยุโรป อเมริกาและออสเตรเลียสะท้อนว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชมีการใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด[5-6] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกยังรายงานว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 5 เท่า และดื่มสุราหนักมากกว่าถึง 4 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มที่มี Alcohol Use Disorder (AUD) ร่วมกับความผิดปกติทางสุขภาพจิต ซึ่งพบอัตราการเกิดร่วมกันสูงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจระดับชาติด้านระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี 2556 พบว่าความชุกตลอดชีวิตของมีโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดใด ๆ อยู่ที่ร้อยละ 30.80 และความชุกในช่วง 12 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 13.40 โดยภาวะที่พบบ่อยที่สุด คือ Alcohol abuse[7] งานวิจัยล่าสุดในกลุ่มผู้ป่วยนอกจิตเวชที่โรงพยาบาลตรัง[8] พบว่า ความชุกของการใช้สารเสพติดใด ๆ อยู่ที่ร้อยละ 74.70 (ช่วงชีวิต) และร้อยละ 25.20 (ช่วง 3 เดือน) โดยกลุ่มที่ใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูงพบมากถึงร้อยละ 63.90 และสารที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 53.52 รองลงมา คือ ยาสูบ ร้อยละ 42.03 ข้อมูลเหล่านี้ตอกย้ำว่า COD เป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพจิตไทย และสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาการคัดกรอง การประเมินและการจัดการดูแล COD อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ในด้านผลกระทบ COD เป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขโลก ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคโลก (Global burden of disease: GBD) ยืนยันว่าโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุหลักของการทุพพลภาพ (Years lived with disability: YLDs) และเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted life years: DALYs) ทั่วโลก[9] ทั้งยังคาดว่าจะเพิ่มภาระด้านสุขภาพและการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขมากขึ้นถึงร้อยละ 100 ในอนาคต โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำรวมถึงประเทศไทย[10-11] ผู้ป่วยจิตเวชมักมีความบกพร่อง

ในการควบคุมความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ การใช้สารเสพติดร่วมยิ่งเพิ่มความรุนแรงของอาการ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโรคร่วม พบความบกพร่องในการทำงานหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย ความสัมพันธ์ การเรียนหรือการทำงานรวมถึงปัญหาทางกฎหมาย[12] ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปี 2557–2560 จำนวน 9,866 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) จำนวน 1,441 ราย ร้อยละ 14.61[13] ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงมีพฤติกรรมรุนแรงที่อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แต่ยังมีพยาธิสภาพที่ซับซ้อน ยากต่อการจัดการและส่งผลลบต่อประสิทธิผลการรักษา[5-6] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดหลายชนิด (Polysubstance use) ที่เกิดร่วมกับโรคทางจิตนั้นมีความซับซ้อนและยังทำให้การวินิจฉัยและการรักษายิ่งซับซ้อนมากขึ้นไปอีก[4] ดังนั้น COD จึงสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการจัดการผ่านการดูแลแบบบูรณาการ[14]

ความท้าทายของปัญหานี้ไม่เพียงสะท้อนถึงภาระโรคและผลกระทบทางสังคมเท่านั้น แต่ยังตอกย้ำถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลจิตเวชและพยาบาลด้านสารเสพติดในการให้การดูแลแบบบูรณาการ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งการคัดกรอง การประเมิน การรักษา และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพจิตของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนระบบบริการสุขภาพ มาตรฐานการพยาบาลและนำเสนอแนวทางการพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

วิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

การทบทวนวรรณกรรมฉบับนี้ใช้แนวทางทบทวนเชิงบูรณาการ โดยสืบค้นบทความจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, ScienceDirect และ ThaiJo ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2568 โดยใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ Co-occurring disorders, Psychiatric disorders, Substance use disorders, Integrated nursing care และ Evidence-Based practice รวมทั้งคำค้นภาษาไทยที่มีความหมายสอดคล้องกัน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ บทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ การดูแลและมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการใช้สารเสพติด ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ บทความที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เน้นเฉพาะแนวทางการรักษาทางการแพทย์หรือไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ บทความที่ผ่านการคัดเลือกจะได้รับการสังเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญเชิงบูรณาการ ผลการสังเคราะห์แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) มาตรฐานและสมรรถนะพยาบาล และ 3) แนวทางการพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วย COD

ระบบบริการสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดของประเทศไทย

จากการสืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลที่กำหนด พบผลงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 82 เรื่อง หลังจากคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกแล้ว ตัดบทความออกจำนวน 50 เรื่อง เนื่องจากไม่สอดคล้องกับขอบเขตการพยาบาล เนื้อหาซ้ำซ้อน หรือไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ คงเหลือบทความจำนวน 32 เรื่อง ซึ่งนำมาสังเคราะห์

ในการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้ ผลการสังเคราะห์พบว่าหน่วยงานหลักภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย COD ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 6 แห่ง และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ซึ่งรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านจิตเวชและสารเสพติด อย่างไรก็ตาม ระบบบริการยังคงมีลักษณะแยกส่วนระหว่างการรักษาทางจิตเวชและการบำบัดสารเสพติด ทำให้การดูแลต่อเนื่องเป็นไปได้ยาก ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการสู่ระดับชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความแออัดของโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยเฉพาะรูปแบบบริการระหว่างกลางและระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ เช่น โครงการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานหลัก (Care coordinator) ในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลได้แก่ การอบรมด้านเวชศาสตร์ยาเสพติด การใช้แนวทาง SBIRT (Screening, Brief intervention and referral to treatment) และการประสานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ อย่างไรก็ดี การตัดสินใจในการให้การรักษายังคงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของผู้ให้บริการแต่ละราย ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบริการ[15] ขณะเดียวกันการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพยังขาดความชัดเจนในเชิงโครงสร้างและแนวปฏิบัติ ส่งผลให้การบูรณาการความรู้และการตัดสินใจในการรักษาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของบทความนี้ในการนำเสนอแนวทางการพยาบาลเชิงบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในอนาคต

ในระดับนานาชาติ มีความพยายามพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมโดยอิงทฤษฎีสังคมจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ เช่น การบำบัดเชิงจิตสังคม (Psychosocial intervention) สติบำบัด (Mindfulness-Based interventions) โปรแกรมให้ความรู้ทางจิตสังคม (Psychoeducation programs) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) แม้รูปแบบเหล่านี้ยังไม่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิผลอย่างชัดเจน แต่พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงลดการใช้สารเสพติดได้ในระยะหนึ่ง[6] ศูนย์เฝ้าระวังยาเสพติดและการติดยาเสพติดแห่งยุโรป (European monitoring centre for drugs and drug addiction: EMCDDA)[5] เสนอแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติดไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) Sequential model เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตเวชและปัญหาการใช้สารเสพติดตามลำดับขั้น โดยรักษาปัญหาที่สำคัญก่อนแล้วจึงส่งต่อหน่วยงานอื่น 2) Parallel model ให้บริการคู่ขนานแต่แยกหน่วยงาน และ 3) Integrated model ที่รวมบริการจิตเวชและบำบัดสารเสพติดเข้าด้วยกัน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการรักษา การปรับพฤติกรรม และการฟื้นฟูทางสังคม

แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายและนโยบายสนับสนุน เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งคุ้มครองสิทธิและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช และการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยซับซ้อน (Super specialist service: 3S) แต่การดูแลผู้ป่วย COD ยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากขาดระบบการดูแลแบบบูรณาการที่ชัดเจน ซึ่งรวมบริการจิตเวชและบำบัดสารเสพติดไว้ในจุดเดียว[8] ประกอบกับข้อจำกัดด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในระดับชุมชนและระบบการเงินการคลังที่ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การขยายบริการบูรณาการไปยังผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางทำได้จำกัด ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถดูแลทั้งสองภาวะควบคู่กันจึงมีความจำเป็น เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและลดความซ้ำซ้อนของบริการในระบบสุขภาพจิตของประเทศไทย

การพัฒนาการศึกษาและมาตรฐานการพยาบาลมีโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติด

การพัฒนาการศึกษาด้านการพยาบาลผู้ป่วย COD มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพจิตที่ซับซ้อนมากขึ้น สถาบันการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Rush College, University of Texas และ University of Colorado ได้ปรับหลักสูตรพยาบาลโดยใช้การเรียนรู้แบบออนไลน์ผสมภาคปฏิบัติ (Blended learning) และการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive learning) ที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์กรณีศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ผู้สอนแทนการบรรยายในชั้นเรียนแบบดั้งเดิม โดยมุ่งเสริมทักษะสำคัญ เช่น SBIRT, Motivational Interviewing (MI), Recovery และ Trauma-Informed Care ร่วมกับการเรียนแบบพบกันต่อหน้าอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อส่งเสริมความเข้าใจในมิติด้านจิตใจและพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด[16]

ในประเทศไทย สภาการพยาบาลได้ปรับเกณฑ์การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง พ.ศ. 2557[17] ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง โดยมี 2 รูปแบบสำคัญ ได้แก่ 1) โปรแกรมฝึกอบรมหลังจบปริญญาตรี (Post baccalaureate residency training program) ที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (Work-Based learning) ภายในระยะเวลา 3 ปี และ 2) หลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ระยะสั้น 4 เดือน ทั้งสองหลักสูตรมุ่งขยายโอกาสให้พยาบาลพัฒนาความรู้และทักษะต่อเนื่อง ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร และมุ่งต่อยอดสู่การพัฒนาเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ในคลินิกเฉพาะทางด้านจิตเวชและสารเสพติดในอนาคต

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ในระดับสากล American psychiatric nurses association (APNA)[18] ได้กำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Psychiatric mental health nurses: PMH) และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (PMH–APRNs) ซึ่งมีบทบาททั้งด้านการดูแล การบำบัด การบริหาร และการผลักดันนโยบาย โดยสมรรถนะสำคัญคือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based practice: EBP) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง[16]

สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางสุขภาพจิตและจิตเวชไว้ 9 ด้าน ครอบคลุมความสามารถในการดูแลกลุ่มเฉพาะโรคที่มีภาวะซับซ้อนโดยตรง และความสามารถในการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Collaboration)[19] นอกจากนี้ คณะกรรมการสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทยได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลจิตเวชไว้ 7 ด้าน โดยเน้นการประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงและความรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การพัฒนาการศึกษาปัจจุบันจึงมุ่งเสริมสมรรถนะพยาบาลจิตเวชให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติ โดยเฉพาะในมิติของการส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)[20-21] สมรรถนะเหล่านี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลเชิงบูรณาการเพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลที่ยั่งยืน

การพยาบาลแบบบูรณาการบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วย COD (Evidence-Based integrated nursing care for patients with COD)

การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย COD ต้องอาศัยการประเมินหลายมิติ ทั้งด้านอาการทางจิต ชนิดและปริมาณสารเสพติด ระดับแรงจูงใจ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมแวดล้อม[22] ทั้งนี้ การรักษาแบบบูรณาการสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและโรคจิตเวชร่วมกัน มีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาแยกโรคอย่างต่อเนื่อง[4] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ

ทางคลินิก และมีส่วนร่วมในการออกแบบแผนดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized care plan) บนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติดเข้าด้วยกัน แนวทางหลักประกอบด้วย

1. การบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ (Medication management)

การรักษาด้วยยามีบทบาทสำคัญในการจัดการผู้ป่วย COD โดยมียาที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิผล เช่น Methadone, Buprenorphine และ Naltrexone สำหรับการใช้โอปิออยด์ Acamprosate และ Disulfiram สำหรับแอลกอฮอล์ รวมถึง Bupropion สำหรับภาวะซึมเศร้าและการพึ่งพานิโคติน พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา ติดตามอาการข้างเคียง ให้คำแนะนำด้านความปลอดภัย และส่งเสริมการคงอยู่ในกระบวนการบำบัด เพื่อลดการหลุดจากการรักษา ผ่านการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ทั้งนี้ ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (Nurse practitioners: NP) และผู้ช่วยแพทย์ (Physician assistants: PA) ได้รับอนุญาตให้สั่งจ่ายยา Buprenorphine ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย[23] แนวทางดังกล่าวมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าช่วยลดอาการทางจิต ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและลดภาระการรักษาในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ

2. การพยาบาลด้านจิตสังคม (Psychosocial nursing interventions)

การบำบัดทางจิตสังคมช่วยให้ผู้ป่วย COD เข้าใจตนเองและเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแนวทางที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน และการจัดการรายกรณี เป็นต้น

2.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) เป็นเทคนิคการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ป่วย COD สำรวจความลังเลใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง โดยพยาบาลใช้ทักษะ OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-Ended questions) การให้การยืนยัน (Affirmation) การฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อสะท้อนกลับ (Reflective listening) และการสรุป (Summarizing) เพื่อกระตุ้น “ถ้อยคำแห่งการเปลี่ยนแปลง” (Change talk) การบูรณาการ MI กับการดูแลแบบสหวิชาชีพช่วยเพิ่มแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการฟื้นฟู[24]

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด พยาบาลสามารถใช้เทคนิค CBT แบบบูรณาการ (Integrated cognitive behavioral therapy: ICBT) เพื่อเสริมทักษะสำคัญ เช่น การจัดการความคิดเชิงลบ (Negative thought management) การควบคุมความอยากเสพยา (Craving management) และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention) การใช้ CBT ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นรากฐานของการควบคุมอาการทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[25]

2.3 การจัดการรายกรณี (Case management) พยาบาลในบทบาทผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ครอบคลุมการประเมินหลายมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมการใช้สาร เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม การประสานงานระหว่างวิชาชีพช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัวและบริการต่าง ๆ ทำให้การรักษาเป็นระบบไม่ติดขัด พยาบาลยังมีบทบาทในการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ป่วย

คงอยู่ในกระบวนการบำบัด ตลอดจนช่วยจัดการปัจจัยทางสังคมที่อาจเป็นอุปสรรค เช่น ด้านที่อยู่อาศัย การเดินทาง หรือการยอมรับจากชุมชน ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วย COD คือพยาบาลควรรักษาสมดุลระหว่างการทำให้อาการทางคลินิกคงที่และรักษาสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพราะความตั้งใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในกระบวนการบำบัด[26] นอกจากนี้การจัดการรายกรณีอย่างมีประสิทธิผลควรอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยบูรณาการแนวทางการใช้ยาอย่างเหมาะสม และการลดอันตรายจากการใช้ยา[27] อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้ป่วย COD เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และการศึกษาปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น ภาระงานของพยาบาล การขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางและการสนับสนุนจากองค์กร[28]

3. การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างเข้มงวด (Rigorous risk and safety management)

ผู้ป่วย COD มักมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ดังนั้น การจัดการความปลอดภัยจึงเป็นมาตรฐานการพยาบาลที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง พยาบาลมีหน้าที่ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) และการใช้สารเสพติด รวมถึงจัดทำแผนความปลอดภัยเฉพาะบุคคลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อระบุสัญญาณเตือน ปัจจัยกระตุ้นและแนวทางปฏิบัติในภาวะวิกฤต การจัดการดังกล่าวต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ทั้งด้านจิตเวชเพื่อควบคุมอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนและด้านพิษวิทยา (Substance-Use toxicology) เพื่อดูแลภาวะถอนพิษหรือพิษจากสารเสพติดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

4. การบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team collaboration)

พยาบาลต้องทำงานร่วมกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และนักกิจกรรมบำบัด มีการสื่อสารร่วมกัน โดยใช้การบันทึกและรายงานอาการที่มีความชัดเจนและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถใช้แผนการรักษาบูรณาการ (Integrated treatment plan) เดียวกันในการจัดการทั้งอาการทางจิตเวชและภาวะแทรกซ้อนจากการถอนยาหรือภาวะพิษจากยาเสพติด โดยหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของเป้าหมายการรักษา[1] นอกจากนี้บุคลากรทุกฝ่ายทั้งในคลินิกและในชุมชนควรตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความไว้วางใจ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ให้การบริการอย่างความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่อง[29]

5. การสร้างและใช้ระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Implementing system support for continuity of care)

จากการศึกษาแบบ Longitudinal growth models พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวที่น้อยลงหรือความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และการใช้ยาเสพติดที่มากขึ้น[30] พยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนให้ผู้ป่วยรับการดูแลต่อเนื่องไปยังกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) โดยใช้แนวทาง Outreach และ Home visit เพื่อติดตามอาการ การใช้ยาและการกลับไปเสพซ้ำอย่างน้อย 1 ปี สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านการบำบัดครอบครัวเพื่อเปลี่ยนครอบครัวจากความรู้สึกเป็นภาระให้กลายเป็นฝ่ายสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนการกลับไปเสพซ้ำและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในบ้านจึงมีความสำคัญ นอกจากนี้ ยังช่วยลดการตีตรา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

บทสรุป

ภาวะความผิดปกติร่วมระหว่างโรคจิตเวชและการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากกลไกของทั้งสองภาวะส่งผลกระทบและเสริมความรุนแรงซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจึงมักมีอาการหนักขึ้น เสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง การทำร้ายตนเอง การกลับไปใช้สารซ้ำ และมีผลลัพธ์ของการรักษาแย่กว่าผู้ที่มีเพียงภาวะเดียว แม้ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านระบบบริการสุขภาพจิต แต่การจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดแนวทางการดูแลที่บูรณาการอย่างเป็นระบบ ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างเชิงประยุกต์ จากการศึกษานี้สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีหน่วยบำบัดสารเสพติดและคลินิกสุขภาพจิต โดยให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดประชุมรายกรณี ร่วมกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์เพื่อออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล แนวทางดังกล่าวไม่เพียงสะท้อนการพยาบาลเชิงบูรณาการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ยังคาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการลดอัตราการหลุดการรักษา การลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และการส่งเสริมการฟื้นฟูระยะยาวของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะแกนกลางของระบบการดูแลแบบบูรณาการ ผ่านการประสานงานอย่างเป็นระบบ การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการสร้างความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจิตเวชและการใช้สารเสพติดเป็นไปอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การพัฒนาระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด ควรมุ่งเสริมสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการบูรณาการการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) ในการประเมินและจัดการภาวะวิกฤต เพื่อลดความรุนแรงและการกลับไปเสพซ้ำ ควรพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านจิตเวชและสารเสพติดที่ยืดหยุ่นและเหมาะกับบริบทพื้นที่ ส่งเสริมบทบาทพยาบาลชุมชนในการเชื่อมต่อการดูแลต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและติดตามเชิงรุก ตลอดจนพัฒนาระบบบันทึกและสื่อสารทางการพยาบาลเชิงบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดเฉพาะทางอย่างยั่งยืน

References

1. SAMHSA. Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders [Internet]. 2020. [cited 2025 Oct 6]. Available from: https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep20-06-04-006.pdf
2. Carvalho JD, Garner D. Understanding dual diagnosis: substance abuse and mental illness. Open Access Journal of Addiction and Psychology 2019;2(4):1-9. Available from: https://doi.org/10.33552/OAJAP.2019.02.000541
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
4. National Institute on Drug Abuse (US). Common comorbidities with substance use disorders research report. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse; 2020 Apr. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451

5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe (Perspectives on drugs) [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2016 [cited 2025 Jan 3]. Available from: https://www.euda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en
6. Poznyak V. World Health Organization guidelines for the treatment of substance use disorders and comorbid conditions. Revista Internacional de Investigación en Adicciones 2018;4(1):1-3.
7. Kittiratniphaiboon P, Tantarangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Atsanangkornchai S. et al. Prevalence of psychiatric disorders and mental health problems: The National Mental Health Survey of Thai people, 2013. Nonthaburi: Beyond Publishing Co., Ltd.; 2016. (in Thai)
8. Soonue P, Prapakornsakul P, Pimon P, Phuttharod P. Prevalence of substance used psychiatric outpatient department, Trang Hospital. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2022;36(3):71-80. (in Thai)
9. Vos T, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2020;396(10258):1204-22.
10. Baingana F, al'Absi M, Becker AE, Pringle B. Global research challenges and opportunities for mental health and substance-use disorders. Nature 2015;527(7578):S172-7.
11. Kingston REF, Marel C, Mills KL. A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. Drug and Alcohol Review 2017;36(4):527-39.
12. Otasowie J. Co-occurring mental disorder and substance use disorder in young people: aetiology, assessment and treatment. BJPsych Advances 2021;27(4):272-81.
13. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review. Journal of Substance Abuse Treatment 2016;61:47-59.
14. Yule AM, Kelly JF. Integrating treatment for co-occurring mental health conditions. Alcohol Research: Current Reviews 2019;40(1):arcr.v40.1.07.
15. Hanuchjarienkul S. Improvement science. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(2):5-14. (in Thai)
16. Weber MT, Delaney KR, Snow D. Integrating the 2013 Psychiatric Mental Health NP competencies into educational programs: Where are we now? Archives of Psychiatric Nursing. 2016;30(3):425–31. Available from: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.004
17. Thailand Nursing and Midwifery Council. Criteria for developing specialized nursing training programs and curriculum management, B.E. 2557 [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 6]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H007.pdf (in Thai)
18. American Psychiatric Nurses Association. Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice [Internet]. 2014. [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.apna.org/publications/scope-standards-2

19. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the nursing council: Scope of practice and competencies of advanced practice nurses in various fields [Internet]. 2009. [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf (in Thai)
20. Manitkul N, Thummathai K, Bhatarasakoon P. Factors related to evidence-based practices among mental health nurses in Thailand: A cross-sectional study. Nursing reports. 2024;14(4):3084-96.
21. Makwichit K, Nukaew O. The development and evaluation of an enhancing empowerment curriculum on self-care behavior among patients with substance-related psychosis for psychiatric. Nurses Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences 2025;45(2):1-15. (in Thai)
22. De Weert-van Oene GH, Gongora V, von Sternberg K, de Jong CA. Motivation for treatment and motivation for change in substance-dependent patients with co-occurring psychiatric disorders. Journal of Psychoactive Drugs 2015;47(5):393–400. doi: 10.1080/02791072.2015.1079669
23. Andraka-Christou B, Gordon AJ, Spetz J, Totaram R, Golan M, Randall-Kosich O, et al. Beyond state scope of practice laws for advanced practitioners: Additional supervision requirements for buprenorphine prescribing. Journal of Substance Abuse Treatment 2022;138:108715.
24. Gary A, Kiper V, Geist R. An introduction to motivational interviewing. Nursing Made Incredibly Easy! 2022;20(2):32-9.
25. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond 2nd ed.: The Guilford Press.; 2011.
26. Bertrand E, Morvillers JM. Nurses' perceptions of patients with co-occurring psychiatric and substance use disorders in psychiatric settings: A grounded theory study. Journal of Advanced Nursing 2025;81(9):6022-35.
27. Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y, Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: A systematic review. Frontiers in Psychiatry 2017;8:51.
28. Putra ADM, Sandhi A. Implementation of nursing case management to improve community access to care: A scoping review. Belitung Nursing Journal 2021;7(3):141-50.
29. Brekke E, Lien L, Biong S. Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders. International Journal of Mental Health and Addiction 2018;16(1):53-65.
30. Haverfield MC, Ilgen M, Schmidt E, Shelley A, Timko C. Social support networks and symptom severity among patients with co-occurring mental health and substance use disorders. Community Mental Health Journal 2019;55:768-76.