

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร

ปาริชาติ ขุนศรี พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2566 จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบแผนการประเมินอาการทางจิต (BPRS) 2) แบบประเมินความสามารถโดยรวม และ 3) การดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้แผนการดูแลเป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ มีผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (dependent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ค่าเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยการประเมินความสามารถโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมการดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น คะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบอาการทางจิตหรือลดความรุนแรงอาการทางจิต

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายากซับซ้อน พยาบาลควรมีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์วางแผนกิจกรรมทางการพยาบาล และประเมินผลอย่างรอบด้านและเหมาะสมเพื่อประเมินความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต ความสามารถโดยรวม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 11 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 13 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 26 เมษายน 2567

The Effect of Case Management of Psychiatric Drug Patients at High Risk of Violence (SMI-V) at Jaisawang Ward in Sakon Nakhon Hospital

Parichat Khunsri M.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design aimed to study the outcome of case management for psychiatric drug addict patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V) admitted to the Jaisawang ward Sakon Nakhon hospital. Thirty-three patients were diagnosed as SMI-V drug psychiatric patients from October 2023 to December 2023. The research tools consisted of 1) Psychiatric symptom assessment scale (BPRS) 2) Overall ability assessment form (GAF) and 3) care according to the concept of case management using a care plan. It is a system of organizing patient care to meet their needs. There is a person responsible for the care system who is the patient care manager. Data were analyzed using the statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The result showed that after receiving the care program based on the case management concept for patient care, the mean psychiatric symptom score (BPRS) was significantly lower than that before receiving the care program ($p < 0.001$) while the mean overall ability assessment was significantly higher than that before receiving the care program ($p < 0.001$). The care program based on the concept of case management could help SMI-V psychiatric drug patients to have a better overall ability level, BPRS score of less than 36 points, improved mental symptoms score and reduce the recurrence of psychotic symptoms or reduce the severity of mental symptoms.

SMI-V psychiatric drug patients are considered patients with complex problems. Therefore, nurses should collect data, analyze and plan for nursing activities and evaluate in a comprehensive and appropriate manner to assess risks. The goal is to keep patients be safe from mental illness and decrease the risk of causing violence to themselves and others.

Keywords: Case management, Psychiatric drug addict patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), Mental illness, Overall ability

* Registered Nurse, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Sakon Nakhon Hospital
Received: March 11, 2024 / Revised: April 13, 2024 / Accepted: April 26, 2024

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) จำนวน 1 ราย² จากรายงานของกรมสุขภาพจิต¹ ปี 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V เข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2563 จำนวน 27,518 ราย ผู้ก่อความรุนแรงประมาณร้อยละ 3 ที่มีการวินิจฉัยโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นปี 2563 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 ราย และในปี 2564 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V จำนวน 2,783 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 และในปี 2565 พบจำนวน 3,527 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.7 และพบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง 4 อันดับโรค ได้แก่ 1) โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2) โรคจิตเวชอื่น ๆ 3) โรคจิตเภท และ 4) โรคจิตเวชยาเสพติด¹

หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) คือ มีอาการคลุ้มคลั่งก้าวร้าว อะละเวลาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ สถิติผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564–2565 จำนวน

362 ราย และ 423 ราย ตามลำดับ รวม 785 ราย² การแบ่งประเภทผู้ป่วย SMI-V¹ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง ดังนี้ SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีจำนวน 18 ราย SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 753 ราย SMI-V 3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย จำนวน 13 ราย และ SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) จำนวน 1 ราย² จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีความเสี่ยงก่อความรุนแรง มีอาการทางจิตที่เด่นชัดคือ พุดคนเดียว อะละเวลาด หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัวและทำลายทรัพย์สินมากขึ้น

เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นสร้างความหวาดกลัวให้กับคนในครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวช ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สารเสพติดและการปฏิเสธการเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เป็นปัญหาคือ มีการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของ comorbidity สูง และมีผลกระทบต่อการดำเนินโรค ส่งผลให้การรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวชยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่อง หากครอบครัวมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจใน

ลักษณะของโรคสมองตื้อยา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง การดูแลต่อเนื่องรวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

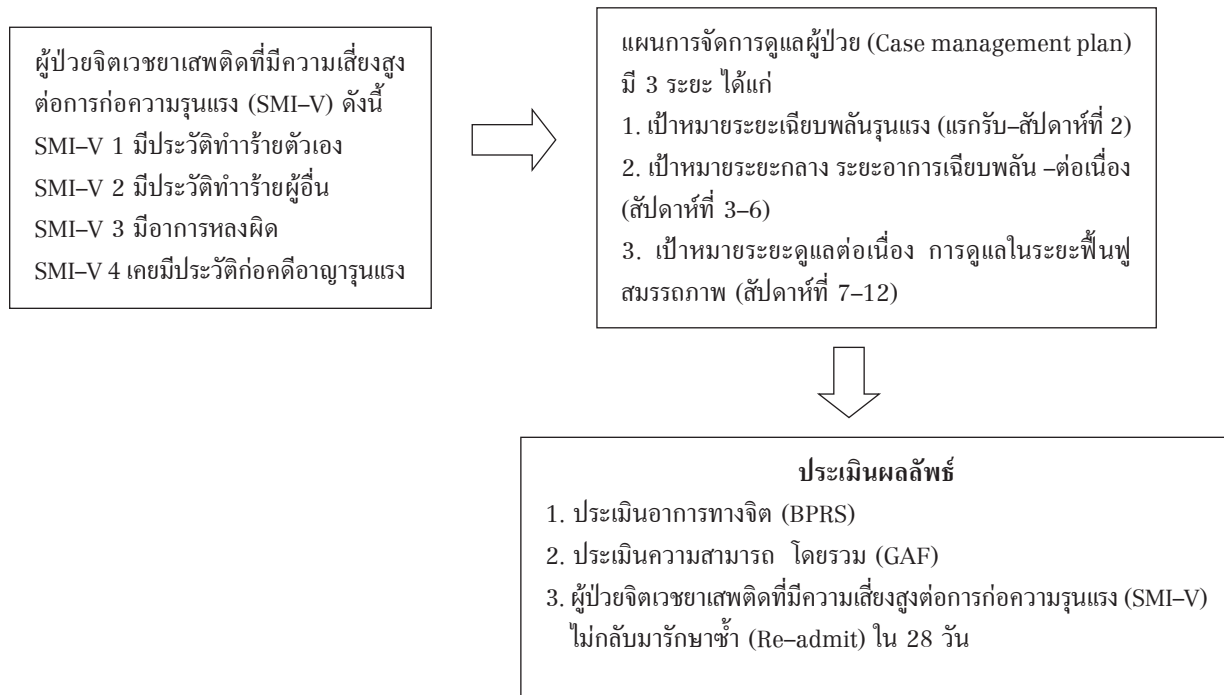
หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงขึ้น มีอาการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ซึ่งแนวทางการปฏิบัติเดิมคือเริ่มตั้งแต่แรกรับและขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กิจกรรมการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย Care, Communication, Continuity, Team, Human Resource Development, Environment & Equipment and Record (C3THEER) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการมอบหมายให้หัวหน้าเวรแบ่งทีมการพยาบาลเพื่อการดูแลที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ค้นหาความเสี่ยงทางการพยาบาล และนำเข้าร่วมทบทวนกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยใจสว่าง เกษักร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว ญาติผู้ดูแล และชุมชน มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลัก Diagnosis, Medicine, Environment, Treatment, Health, Outpatient and Diet (D-METHOD) เตรียมชุมชนและพื้นที่ก่อนจะจำหน่าย โดยการประสานนักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน ดำรวจ และครอบครัว กรณีที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา พยาบาลหอผู้ป่วยใจสว่างร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ออกติดตามเยี่ยมบ้านก่อนที่จะจำหน่าย ประเมินครอบครัว ชุมชน ในการพร้อมรับผู้ป่วยกลับ ปัญหาที่พบคือ กระบวนการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (C3THER) ยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงได้ทุกราย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในหอผู้ป่วยใจสว่างแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ยังไม่จบเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลา สังเกตประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด เป็นผู้ประสานกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management model) ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนร่วมกับการบำบัดเชิงรุกในชุมชน^{5,6} ผลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยครั้งแรกและมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก⁷ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้ารักษาซ้ำในหอผู้ป่วย⁸ ผลพบว่า มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะของการเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนให้มีคุณภาพ ช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนการดูแลติดตามประเมินผล มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้⁹ ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Case management plan) เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ มีผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแล เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติาร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะมีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผล ผลจากการใช้การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณีตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลันต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร่วมกับการนำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เกิดอิสรภาพทางการพยาบาล (Nursing autonomy) เพื่อผลลัพธ์อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใจสว่าง ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใจสว่าง จึงกำหนดขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ดังนี้

- 1) ประชุมคณะทำงานในหอผู้ป่วยใจสว่างเพื่อทบทวนข้อมูลและหาแนวทางการดูแลในระยะวิกฤตแรกเริ่ม และแนวทางการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) ใช้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) และนำระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Nurse case manager) และ
- 3) นำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีตามแนวทางการจัดการรายกรณีตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยไว้ 3 ระยะ ได้แก่ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง การใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย

และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case management plan) ไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพที่ 1

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่างระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจิตเวช เพศชาย อายุ 18–60 ปี ระหว่าง ตุลาคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 33 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชสาเหตุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ดังนี้

1.1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน

1.3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

1.4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่าพยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

1.5 มีประวัติกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ภายใน 28 วัน

1.6 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทายา

2. ผู้ป่วยและญาติ สมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

3. ได้รับการประเมินอาการทางจิต (BPRS) ก่อนเข้าร่วม ค่าคะแนนมากกว่า 36 คะแนน

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายหรือย้ายหอผู้ป่วย ขณะทำการรักษา

3. ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตาม Central limit theorem คือ จำนวน 30 คน^{11,12} และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ

กลุ่มตัวอย่าง โดย ลักษณะแบบ

1.1 บันทึกเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อมูล ด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้สูงสุดของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric rating scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิต ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ฮอลและกอร์แฮม¹³ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้ออาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 – 126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19 – 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) เท่ากับ 0.62 – 0.87 แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ประเมินก่อน-หลังการทดลอง โดยคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาคะแนนมากกว่า 36 คะแนน และคะแนนหลังการรักษาก่อนจำหน่าย คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global assessment of function (GAF) scale) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต¹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 เป็นการประเมินโดยถือว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อมมีระดับคะแนน 0 – 100 คะแนน (เรียงลำดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการ

ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จนถึง 91 – 100 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม)

ทำการประเมิน GAF scale ก่อน-หลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนและหลังที่ได้รับการจัดการรายการณี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายการณี (Case management) ผู้ป่วยจิตเวชเสียดัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การระบุปัญหา 4) การวางแผนให้การดูแล 5) การดำเนินตามแผน 6) การติดตามประเมินผล

2.2 แผนการดูแล (Case management plan) เป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการที่จะดูแล ผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแลและการดำเนินตามแผน การคาดหมายในผลลัพธ์และองค์ประกอบอื่นๆ ภายใต้ความร่วมมือในการปฏิบัติการโดยพยาบาล ซึ่งระบุระยะเวลา เป้าหมาย และผลลัพธ์ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมาย การดูแลไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลางและระยะการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามกระบวนการดำเนินการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 13 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการป่วยซ้ำหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกยาเสพติด โดยผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายการณี Case management) 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย ระยะแรกเริ่มขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินอาการทางจิต (BPRS) โดยคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาจะมากกว่า 36 คะแนน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (BPRS) มากกว่า 36 คะแนน

ตามเกณฑ์การคัดเข้า ประวัติเวชระเบียน ชักประวัติผู้ป่วยจากครอบครัว ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิต-วิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายการณี พยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช เกษศกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว ญาติผู้ดูแลและชุมชน เข้าร่วมประเมินปัญหา ซึ่งผลการประเมินปัญหาจากทีมสามารถรวบรวมและนำมากำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 2-6 ขั้นตอนการระบุปัญหา ผู้วิจัยได้มีประชุมทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันระบุปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งในระยะแรกเริ่มถึงสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นระยะวิกฤตจากอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด ระยะกลาง สัปดาห์ที่ 3-6 เป็นการดูแลในอาการทางจิตเริ่มสงบเริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาพร้อมกับทีมสหสาขา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นระยะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 7-12 ขั้นตอนการวางแผนให้การดูแล ผู้วิจัยร่วมกันกำหนดแผนการดูแล กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆ ร่วมวางแผนการดูแลในระยะต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case management plan) โดยมีเป้าหมาย 3 ระยะ ดังนี้

1. เป้าหมายระยะเฉียบพลันรุนแรง (แรกเริ่ม-สัปดาห์ที่ 2) ในระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด อาการก้าวร้าว ประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้าย หูแว่ว อารมณ์แสดงออกไม่เหมาะสม นอกจากนี้ พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการด้าน Positive symptom อารมณ์การรับรู้/พฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มความเครียดสูง (High alert drugs) เช่น Haloperidol หรือ Diazepam (valium) เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยสงบร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ดังนั้น เป้าหมายเร่งด่วนของการวางแผนพยาบาลระยะนี้คือ การลดความ

รุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงของอาการทางจิตเวช อาการเมา และอาการขาดสารเสพติด และการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดความเสียหาย ต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด

2. เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน–ต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 3–6) ระยะกลาง ช่วงสัปดาห์ที่ 3–6 เป็นระยะที่อาการทางจิตเริ่มสงบรวมทั้งอาการจากภาวะถอนยาหรือหยุดใช้สารเสพติดจะลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ การพยาบาลระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ แต่มีความเร่งด่วนรองลงมา และต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การพักผ่อน ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เมื่อหยุดการใช้ยาเสพติดและร่างกายขับสารเสพติดออกได้หมด ทำให้เกิดอาการสะท้อนกลับจากการที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับมากกว่าวันละ 12 ชั่วโมงในช่วง 2–3 วันแรก ประเภทยาได้รับการรักษาเพื่อการรักษาซึ่งเป็นกลุ่มรักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้หงุดหงิด ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาในกลุ่มนี้ ปัญหาด้านสุขอนามัยของ ร่างกายและสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ที่ใช้สารเสพติดมักไม่สนใจดูแลตัวเอง และจากฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนที่ทำให้การหลั่งน้ำลายลดลง และอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัดที่มีผลในการกด ประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกตัวลดลงจนกระทบความสามารถในการดูแลตนเอง และกระทบต่อความอยากอาหาร เป้าหมายการพยาบาล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีของช่องปาก การป้องกันไม่ให้ อาการข้างเคียงของยาต่อการกดประสาทส่วนกลางมีมากเกินไป ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากมีอารมณ์เศร้า มีความท้อแท้ มีความวิตกกังวล มีความเครียดในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเอง จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางจิตบำบัด และในช่วงแรกของการหยุดสารเสพติดใหม่ๆ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการอยากได้สารเสพติดสูงมาก ทำให้มีความกังวลเพราะเกรงว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีอาการหงุดหงิด และถูกกระตุ้นได้ง่ายโดยเป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้คือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยและลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะขาดยา (Withdrawal symptom) 2) เพื่อให้ได้รับความต้องการพื้นฐานได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของร่างกาย 3) ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆ ของยาทางจิตเวช และ 4) ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (สัปดาห์ที่ 7–12) เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันและระยะที่มีอาการขาดยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิ พุดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษา และมีความวิตกกังวลลดลง ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญ คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการบำบัดด้านพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป้าหมายการดูแลระยะนี้เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ 1) มีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถรักษาตนเองจากภาวะโรคซ้ำได้อย่างต่อเนื่อง 2) สามารถจัดการกับปัญหาความเครียด อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด 3) มีความรู้เรื่องป้องกันการเสพติดซ้ำ ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 4) มีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 สัปดาห์ที่ 7–12 ขั้นตอนการดำเนินตามแผน ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้ภายใต้ความร่วมมือของสหสาขา ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (BPRS) หลังรับการรักษาก่อนจำหน่ายโดยคะแนนหลังรับการรักษาคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ผู้วิจัยในบทบาทผู้จัดการรายกรณีได้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่จะร่วมกันช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล ภายหลังการ

จำหน่าย ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อติดตาม หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก ยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยทำกลุ่มสุขภาพจิต ศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทาน ยา และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเพื่อพัฒนาการ แสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ปิดเคส และสิ้นสุดการจัดการรายกรณีและการวิจัย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสกลนครเลขที่โครงการวิจัย SKNHREC No. 032/2566 โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแล ในครอบครัวจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิของ กลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อ ยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ผู้ป่วยยัง ไม่สามารถลงชื่อยินยอมการวิจัยได้ จะดำเนินการให้ผู้ป่วย ลงชื่ออีกครั้งเมื่อผู้ป่วยพร้อม มีการปกปิดข้อมูล ไม่มีความ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอันตรายต่อร่างกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละ การประเมิน อาการทางจิต (BPRS) และการประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับ การจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ Dependent t-test กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 33 คน ได้รับโปรแกรมการดูแลตามแนวทางการ

จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ผู้ป่วย จิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อย่างเป็นระบบมีขั้นตอนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ค่าเฉลี่ยประเมิน อาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ จัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่าง มีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ติดตามหลังจำหน่ายใน สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์และสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่กลับ มารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน แจกแจงข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วย ก่อน – หลัง และ เปรียบเทียบความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย ตลอดจนสรุป ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 และสิ้นสุด โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ตาม ลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 อายุ 30–39 ปี และ อายุ 40–49 ปี ร้อยละ 30.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 84.9 ว่างานและไม่มีรายได้ ร้อยละ 45.5 สถานภาพ โสด ร้อยละ 63.6 ใช้สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 60.6 มีผู้ดูแล ร้อยละ 93.9 มีที่อยู่อาศัย ร้อยละ 93.9 ระยะเวลาการป่วย 1–5 ปี ร้อยละ 57.6 สาเหตุจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับใช้สารเสพติด ร้อยละ 45.5 และประเภทยุติกรรม รุนแรง SMIV 2 ร้อยละ 78.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	100
อายุ (ปี)		
15–19	3	9.1
20–29	6	18.2
30–39	10	30.3
40–49	10	30.3
50–59	4	12.1
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	12.1
มัธยมศึกษา	28	84.9
อาชีวศึกษา	1	3.0
สถานะภาพ		
โสด	21	63.6
สมรส	6	18.2
หย่าร้าง	5	15.2
หม้าย	1	3.0
อาชีพ		
รับจ้าง	7	21.2
เกษตรกร	11	33.3
ว่างงาน	15	45.5
รายได้		
ไม่มีรายได้	15	45.5
รายได้ไม่แน่นอน	7	21.2
รายได้เฉลี่ย 3,000–5,000 บาท/เดือน	11	33.3
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	2	6.1
ผู้พิการ	20	60.6
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	11	33.3
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	31	93.9
ไม่มีผู้ดูแล	2	6.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
มีที่อยู่อาศัย	31	93.9
ไม่มีที่อยู่อาศัย	1	3.1
อาศัยอยู่กับคนอื่นเช่น นายจ้าง	1	3.1
ระยะเวลาการป่วยทางจิตเวช		
1-5 ปี	19	57.6
6-10 ปี	10	30.3
มากกว่า10 ปี	4	12.1
สาเหตุพฤติกรรมรุนแรง		
ขาดยา /รักษาไม่ต่อเนื่อง	10	30.3
ใช้สุรา สารเสพติด	5	15.1
อาการกำเริบซ้ำ	3	9.1
ขาดยา และใช้สารเสพติด	15	45.5
ประเภทพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V)		
SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเอง	5	15.1
SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่น	26	78.7
SMI-V 3 มีอาการหลงผิด	1	3.1
SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง	1	3.1

2. อาการทางจิต (Brief Psychiatric rating scale: BPRS) มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่า อาการทางจิตลดลง ไม่มีอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ตามตารางที่ 2

ผลประเมินอาการทางจิต หลังได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33)

อาการทางจิต (BPRS)	Mean	S.D.	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	55.3	7.68	-29.85	32	< 0.001
หลังการทดลอง	24.0	2.62			

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความสามารถโดยรวม (Global assessment of function (GAF) scale) ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (เฉลี่ย = 80.9, S.D. = 4.6) อย่างมีนัยสำคัญทาง

ผลการประเมินความสามารถโดยรวมหลังได้รับการ

สถิติ ($t = 27.43$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 33$)

ความสามารถโดยรวม	Mean	S.D.	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	48.15	5.09	27.43	32	< 0.001
หลังการทดลอง	80.9	4.6			

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน

ผลการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่า หลังได้รับแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 33$)

	กลับมารักษาซ้ำ	ไม่กลับมารักษาซ้ำ	รวม	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	0 (0.00%)	33 (100%)	33 (100%)	1	< 0.001
หลังการทดลอง	0 (0.00%)	33 (100%)	33 (100%)		

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลตามแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น คะแนน BPRS น้อยกว่าน้อยกว่า 36 คะแนน อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบอาการทางจิตหรือ ลดความรุนแรงอาการทางจิต และจากการติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน นอกจากนั้นการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) การประสานความร่วมมือในการดูแล และแนวทางการดูแลทางคลินิกในการขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีเกิดขึ้นได้ เนื่องจากองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเอกสารกำกับ การดำเนินการ ทักษะของผู้จัดการรายกรณีในการบริหาร

การปฏิบัติ การสนับสนุนการทำหน้าที่ร่วมกัน¹⁵ การได้รับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย การเข้าถึงบริการกรณีปกติ กรณีฉุกเฉิน การได้รับสวัสดิการในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูล ลดการป่วยซ้ำ รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว ส่วนในด้านการใช้สารเสพติด เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดพฤติกรรมที่รุนแรง จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนยังใช้สุรา บุหรี่ สารเสพติดเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการระบาดของยาเสพติด จึงได้ประสานเครือข่ายทางสังคม^{16,17} เช่น ผู้นำชุมชน เครือข่ายการดูแลในชุมชน ดำรวจ ช่วยดูแล ตรวจตรา ป้อมปรามในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำ ลดพฤติกรรมรุนแรง ชุมชนสงบสุข ดังนั้น จากการอภิปรายข้างต้น จะเห็นได้ว่าผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โดย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบดูแล ร่วมกับการให้การดูแลโดยตรงที่เป็นการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช ผู้จัดการรายกรณีในการจัดการรายกรณีครั้งนี้ มีบทบาทเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ที่ช่วยผู้ป่วยจิตเวชเสียดัด SMI-V ได้รับการตอบสนองปัญหาที่พบอย่างเหมาะสมในแต่ละรายบุคคล กำกับติดตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนที่เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลในการแก้ปัญหาทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลตามปัญหาของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาศักยภาพการมีสุขภาพที่ดี¹⁸ และยังพบว่าสัมพันธภาพในการบำบัดส่งผลให้เกิดความเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเชิงบวกต่อผู้จัดการรายกรณี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่จะพัฒนาตนเอง¹⁹ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับอาการทางจิต²⁰ สำหรับการประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ เกิดความเชื่อมโยงกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอลิซาเบท บรอมลีย์²¹ ที่พบว่า การประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นช่วยให้ทีมสหวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันและกัน ทำให้พบปัญหาการป่วยซ้ำ มีการบันทึกเป็นเอกสารที่ชัดเจน และมีการติดตามความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ร่วมกันเพื่อนำมาแก้ไขซ้ำจนเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีแนวทางการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทางจากทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ไม่เกิดการดูแลซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย²¹ มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร่วมกับการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ปัญหา บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุดและ

สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เกิดอิสรภาพทางการพยาบาล (Nursing autonomy) เพื่อผลลัพธ์อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. การดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องมีบทบาทที่สำคัญใน การสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเสียดัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาวและต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้อาการแย่ลงได้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีโอกาสทำหน้าที่ในบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้นและนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง เน้นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช พร้อมด้วยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใจสว่างทุกท่านที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญขอขอบคุณผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
2. เวชระเบียน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564–2565 (ตุลาคม 2564–มิถุนายน 2565). สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2565.
3. บุรฉัตร จันทร์แดง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์. การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017;1(1):CD007906.
6. มีนุ ชรามา, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. ลักษณะผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. ว. วิจัยสุขภาพ 2551;22(Suppl):29–32.
7. Hemarat K, Siengchokyo P, Khunarak U, Panasuna N. Effects of case management in schizophrenic patients on medication compliance and relapse. The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012;26(2):62–73.
8. Sreewisan J, Chaichumni N. Effects of case management on length of stay, health care cost service satisfaction of patients and relative and relapsed rate of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2005;19(1):48–59.
9. ปัญญาวรรณ ปรากฏผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1):112–21.
10. กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2):63–73.
11. นุชนิ เอี่ยมสอาด, ปัทมวิภา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถ โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. ว. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2563;14(1):10–22.
12. วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทราร, และวีรพล อุณหผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการแกว่งแขน ต่อดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561;5(2):5–18.
13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 1962;10:799–812
14. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ โครงการอบรม แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2544.
15. Laird E, Holcomb P. Elective Case Management: Key Elements and Practice from the Field Issue Brief [Internet]. 2011 [2017 Oct 12]. 1–13 Available from: <https://www.mathematica->

[mpr.com/-/media/publications/pdfs/labor/case management_brief.pdf](http://mpr.com/-/media/publications/pdfs/labor/case%20management_brief.pdf)

16. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหือง ที่ประสบปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. ว. มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;3(1):24-36.
17. ณัฐพนธ์ บุตตะโยธี. กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม 2564;5(9):77-88.
18. Glettler E, Leen MG. The advanced practice nurse as case manager. *Journal of Case Management* 1996;5(3):121-6.
19. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 2000;42:241-7
20. Farrelly S, Brown G, Szmukler G, Rose D, Birchwood M, Marshall M, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research* 2014;220(1-2):585-91.
21. Bromley E. A collaborative approach to targeted treatment development for schizophrenia: a qualitative evaluation of the NIMH-MATRICES project. *Schizophrenia Bulletin* 2005;31(4):954-61.