

ผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวม และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

The effects of using care model for prevention of violent behavior on overall abilities and psychotic symptoms in schizophrenia patients

สุนันทา อินตะจอมวงศ์¹

จิตตินันท์ ใจมูลวงศ์²

วีรพงษ์ ภูมิประพาศ³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเพื่อค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF), ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแล จำนวน 20 คน 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 12 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่แรกรับ, 30 วัน, 60 วัน และ 90 วัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ 2) ค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่แรกรับ, 30 วัน, 60 วัน และ 90 วัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และ 3) ทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในระดับมากที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถลดอาการทางจิตที่รุนแรงของผู้ป่วยได้ จึงควรนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/
ความสามารถโดยรวม/อาการทางจิต

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

³ เภสัชกรวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

The effects of using care model for prevention of violent behavior on overall abilities and psychotic symptoms in schizophrenia patients

Sunantha Intachomwong

Jittinan Jaimoonwong

Weerapong Poomiprapath

Abstract

The objective of this study quasi-experimental research is to compare the mean overall ability score (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) with the mean psychotic symptoms score (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) of patients with schizophrenia. Before and after receiving care according to the care model for schizophrenia patients at high risk of violence (SMI-V), and evaluating the satisfaction with the use of the schizophrenia care model by the team of those who involved in caring for and relatives of patients with schizophrenia.

The sample group was purposively selected, totaling 44 people, consisting of 3 sample groups: 1) Team of people involved in care 20 people, 2) 12 relatives caring for patients with schizophrenia, and 3) 12 patients with schizophrenia who are at high risk of committing violence. The tools used to collect data include: 1) Research tools, including models of care for schizophrenia patients who are at high risk of committing violence. 2) The tools used to collect data consist of 1) the Psychiatric Rating Scale (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS), 2) the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), and 3) the satisfaction assessment. Satisfaction of the team involved in caring for and relatives of schizophrenia patients.

The results of the research are summarized as follows: 1) Mean psychotic symptom scores (BPRS) of schizophrenia patients participating in the project. After the patient received care according to the model of care for patients with schizophrenia who are at high risk of causing severity at first admission, 30 days, 60 days and 90 days was found to be significantly different. $p < .05$ 2) Overall mean ability (GAF) of schizophrenia patients participating in the project after receiving care according to the care model for schizophrenia patients at high risk of committing violence at first admission. , 30 days, 60 days and 90 days were found to be significantly different $p < .01$ and 3) the team of people involved in caring for and relatives of schizophrenia patients satisfied with the use of the care model for patients with schizophrenia who are at high risk of committing violence. at the highest level. The care model for schizophrenia patients at high risk of violence (SMI-V) should be applied to patients with serious mental illness and risk to violence in community in order to improve their ability care and good quality of life.

Keywords : schizophrenia patients at risk for violence, care model for schizophrenia patients overall abilities, mental symptoms

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพต่างๆมากมาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะเห็นได้จากภาพข่าวตามสื่อต่างๆที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นบุคคลปกติทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาด้านจิตเวช แต่มีส่วนหนึ่งที่ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่ยกับครอบครัวหรือชุมชนแล้วผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย บางรายมีการใช้สุราและสารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากข้อมูลของ National Survey on drug Use and health ปี ค.ศ. 2012 พบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า และในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง (SMI) นั้น พบว่า มีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษา พบผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V แยกจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด ซึ่งมีจำนวนถึง 5,516 คน คิดเป็นร้อยละ 43.22 และ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ภายในปี 2563 ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) โรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค โดย 1 ใน 5 คือ โรคจิตเภท คิดเป็นจำนวน 24 ล้านคน (WHO, 2011: online)

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เกิดจากความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม บางรายมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนร่วมด้วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่สนใจ ตนเอง และสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรกและแปลก มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ยึดหัวเราะคนเดียว และบางครั้งมีอาการรุนแรงเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมก้าวร้าวและทะเลาะวิวาท (สมภพ เรืองตระกูล , 2545) ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว อาจมีช่วงที่มีอาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจ ความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.31 และการสำรวจระดับวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาค พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากการศึกษาและการทบทวน ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงของชุลลดา จารุศิริชัยกุล (2564) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดที่ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นหรือชุมชน เนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และบางรายมีปัจจัยกระตุ้น คือ การใช้สุราหรือสารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิดหวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สินมากขึ้น **ปัญหาอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (relapse)** ของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านตัวผู้ป่วยและด้านยา ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (กมลวรรณ สีเชียงสา, 2018) **ผู้ป่วยจิตเภท** เป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัย ของ ญัฐพน บุตตะโยธ (2563) พบว่า กระบวนการป้องกันกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามทางการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท และจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2563) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในกลุ่มโรคจิตเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) มากที่สุด และเมื่อจำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 49.09 รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 33.19 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังขาดการติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลับมาป่วยซ้ำและเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม ในปี 2563 - 2565 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท (F20.0-F29.0) มารับบริการรักษา จำนวน 297 คน, 325 คน และ 332 คน ตามลำดับ พบมีผู้ที่มีอาการกำเริบซ้ำและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเพื่อปรับแผนการรักษา จำนวน 32 คน, 31 คน และ 27 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จำนวน 1 คน, 3 คน และ 5 คน ตามลำดับและส่งไปยังโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3 คน, 6 คน และ 5 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ พบมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ส่งเสียงดัง บางรายทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวและทำลายข้าวของเสียหาย บางรายมีข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นหรือทำร้ายคนอื่น โดยสาเหตุของความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นมีหลายปัจจัย เช่น มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช แต่รักษาไม่ต่อเนื่อง หรือโรคทางกายที่มีผลกระทบต่อระบบจิตประสาท และบางรายมีปัจจัยกระตุ้น คือ การใช้สุรา สารเสพติดร่วมด้วย

ที่ผ่านมา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม ได้พัฒนาระบบการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจน ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ของทีมสหวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดอาการทางจิตและความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ไม่กลับมาป่วยซ้ำ (re-admission) และเพื่อเป็นการประเมินผลรูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการดูแลตาม รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (one - group, pretest- posttest design) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

1. **ประชากร** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

2. **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Schizophrenia patients with High Risk to Violence) ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงความถี่ครั้งสุดท้าย และประเภทของความรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย อายุ

เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงความเครียดที่สุดท้าย และประเภทของความรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต (2563) “คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง” ประกอบด้วยข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน แปลผลโดยคะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับมาก

3.แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบพิจารณาประเมินความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆที่เกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา และ 91 – 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างดีเยี่ยม

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วยข้อคำถาม มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ที่ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจาก “แบบประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ” ของจรรยา ใจหนูน (2564) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก 3 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยและ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2. เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ของกรมสุขภาพจิต (2563) เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการค้นหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีกระบวนการดังนี้

1. ทำการศึกษาสภาพปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติเคยก่อความรุนแรงในชุมชน โดยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากเวชระเบียนโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม และทำการทบทวนระบบเดิมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

2. ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีความเป็นไปได้ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงขึ้น โดยปรับปรุงจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ของกรมสุขภาพจิต ได้รูปแบบการดำเนินการทั้งหมด จำนวน 3 รูปแบบ ประกอบด้วย

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่แผนกจิตเวช/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

- รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยนอก

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบตรวจสอบเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3) นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

- ขอความร่วมมือจากทีมบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- จัดประชุมทีมบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ความรู้และชี้แจงรายละเอียดการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- ขอความร่วมมือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการใช้ รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

-กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกของการเข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 2 หลังเข้าร่วมโครงการ 30 วัน ครั้งที่ 3 หลังเข้าร่วมโครงการ 60 วัน และครั้งที่ 4 หลังเข้าร่วมโครงการ 90 วัน รวมระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน

-กลุ่มทีมผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยสถิติ Repeated-measures one way ANOVA

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย 38.9 ปี สถานภาพสมรส โสด (ร้อยละ 58.3) จบระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 58.3) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อยู่ที่ 11-15 ปี (ร้อยละ 41.7) เฉลี่ยที่ 9.6 ปี มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงความถี่สูงสุดท้ายเมื่อ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) ประเภทของความรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคายรุนแรง (ร้อยละ 58.3) ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่แสดง คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูด และการแสดงออก (ร้อยละ 83.3) รองลงมา เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน (ร้อยละ 16.7) และระดับความก้าวร้าวรุนแรง อยู่ที่กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) (ร้อยละ 75.0)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่แรกรับ, 30 วัน, 60 วัน และ 90 วัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ และเมื่อติดตามในระยะยาวที่ 60 วัน และ 90 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ เมื่อติดตามความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการ ภายหลังที่ ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่แรกรับ, 30 วัน, 60 วัน และ 90 วัน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

3. ความพึงพอใจของทีมผู้เกี่ยวข้องและญาติต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงดังนี้

จากการประเมินความพึงพอใจของทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย 4.90 คะแนน กล่าวคือ มีความพึงพอใจมากที่สุดและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยของญาติผู้ป่วย 46.42 คะแนน ซึ่งมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน

2. อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ภาคี

เครือข่าย และญาติ ไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และติดตามประเมินผลภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบ ในระยะเวลา 30 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

และเมื่อติดตามในระยะยาวที่ 60 วัน และ 90 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเหลือเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) อยู่ที่ 73.67 คะแนนและ 84.67 คะแนนตามลำดับ และเมื่อประเมินคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย พบว่า โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลงเหลือเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย (คะแนนอาการทางจิต < 36 คะแนน) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาตามนัด รับประทานยาสม่ำเสมอ มีการรับรู้อาการตนเองและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับ การศึกษาของ อังคนา วังทอง (2555) ที่ศึกษา การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแบบมีที่เลี้ยง พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยได้รับการยาลดอาการต่อเนื่องและดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคหรือลดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ของณัฐพน บุตตะโยธี (2564) พบว่า การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการติดตามระยะยาว 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการวิจัยกลับเป็นซ้ำ การสร้างความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและญาติผู้ป่วย ให้เข้ามามีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องลดอาการทางจิตที่รุนแรง มีความสามารถโดยรวมดีขึ้น (นุชณี เอี่ยมสะอาด และคณะ, 2563) และจากการประเมินความพึงพอใจของทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวม ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.90 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในหัวข้อ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงครอบคลุมขั้นตอนการเฝ้าระวัง ส่งต่อ และการติดตามหลังการบำบัดรักษา, ขณะเกิดเหตุท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์ประสานงาน 1669 และ 191 ตามสภาพการณ์ได้, ท่านได้ทราบแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน และท่านมีความเชื่อมั่นว่าบทบาทความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนจะสามารถจัดการดูแลผู้ป่วย สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถลดอาการทางจิตที่รุนแรงของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ความสามารถโดยรวม ทั้งต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท 2. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด และกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์บริรักษ์ ลีชนะกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม ที่กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสโรบล อยู่สำราญ จิตแพทย์โรงพยาบาลสุโขทัย คุณจรรยา ใจहनุน พยาบาลผู้มีความชำนาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อาจารย์วีไลวรรณ บุญเรือง อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ทีมบุคลากรสาธารณสุขภาคีเครือข่าย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการดำเนินงานในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต 2560. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี:บริษัท วิกทอเรียอิมเมจ จำกัด
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) 2563.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2565.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ:บริษัท พรอสเพอริสพลัส
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บรรณาธิการ) 2563.คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:บริษัท พรอสเพอริสพลัส.
- นุชณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย 2563.ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ปี

วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก (Journal of Public Health Tak Provincial Health Office)

ณัฐพล บุตตะโยธ.กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับ
ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 9 : ตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564

เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง 2557 .การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังซับซ้อน ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี.:วารสารสมาคมนักวิจัย

ภัครินทร์ ชิดดี และคณะ 2563.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล
อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ.วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 29 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน
2563.

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2548 .จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ:บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 2559.คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงใน
ชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:แสงจันทร์การพิมพ์

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ 2563.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์