

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดย
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Care Model for Serious Mental Illness with High Risk to Violence in
the Community through the Participation Process of Network Partners,
Selaphum District, Roi-et Province.

(Received: December 15,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 25,2023)

กรองจิต วลัยศรี¹
KRONGJIT WALAISRI¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 22 คน ญาติและผู้ดูแล จำนวน 22 คน และ ภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.73) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.85) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 20 ข้อ (IOC>0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93) และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม(Focus Group) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบญาติและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น($t=9.90$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น($t=7.48$, $p\text{-value} < 0.001$) ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง($t=8.59$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลง($t=9.45$, $p\text{-value} < 0.001$) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย คือ ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชน และควรมีมาตรการทางสังคมในป้องกันแก้ไขการติ่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันเกิดอาการกำเริบ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research is participatory action research with the objective of studying the results of developing a model for caring for Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) in the community with the participation of network partners in Selaphum District, Roi Et Province. The Participants were divided into three groups as 22 SMI-V patients, 22 caregivers, 22 and 18 network partners. quantitative data was collected

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

by questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-test. The results of the study showed that after trialed model for caring for psychiatric and drug patients who are at high risk of causing violence in the community with the participation of network partners, the development results showed that Care giver's knowledge was increased ($t=9.90$, $p\text{-value} < 0.001$), and network partners's knowledge was increased ($t=7.48$, $p\text{-value} < 0.001$), the severity of violent behavior in psychiatric patients with severe symptoms was decreased ($t=8.59$, $p\text{-value} < 0.001$), the need of SMI-V patients care was decreased ($t=9.45$, $p\text{-value} < 0.001$) and the participation of network partners was increased ($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$). The suggestion is that the community should be promoted to provide care for psychiatric patients through the participation of network partners and should be serious social measures to prevent and correct alcohol use among SMI-V patients in the community to prevent symptoms from reoccurring that's causes a high risk of violence in the community

Keywords: Developing Model, Serious Mental Illness with High Risk to Violence, participation

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมมากมาย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการค้ามนุษย์⁽¹⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ปัญหาสุขภาพจิต รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรจำนวนเกือบ 1,000 ล้านคน มีอาการป่วยทางจิต โดยประมาณการว่าประชากรทั่วโลกทั้งหมด 1 ใน 8 คนมีปัญหาด้านสุขภาพจิต⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565 เท่ากับ 168,071 คน, 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ⁽³⁾ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness-High Risk to Violence; SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาต่างมาข้างต้นโดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด สำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้

การดูแลผู้ป่วย SMI-V นั้น กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) มุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยหน่วยงานในพื้นที่สามารถให้บริการประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบ⁽⁵⁾

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพชุมชน โดยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนนั้นมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลชุมชน ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมแพทย์ฉุกเฉิน ทีมผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครอง ในท้องที่ ทีมตำรวจ และทีมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดังกล่าว โดย Cohen and Uphoff⁽⁵⁾ ได้

จำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมถูกนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน จากการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก⁽⁶⁾ และการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม⁽⁷⁾ และการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวันทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้⁽⁸⁾

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอำเภอเสลภูมิ พบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี 2563-2565 เท่ากับ 162 คน 187 คน และ 237 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง การหยุดหรือรักษาไม่

สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา รวมถึงปัญหาการใช้สารเสพติดซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา สารเสพติด จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบหรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น และยังพบว่าสหวิชาชีพในชุมชน ได้รับการอบรม ได้รับการฟื้นฟูวิชาการ ไม่ครอบคลุม ทำให้การการดูแลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่กล้าเข้าไปประเมินผู้ป่วยตามบทบาทของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽⁹⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและยาเสพติดจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แนวทางตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วม (Participatory Action Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่

(1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จับสลากเลือกพื้นที่ศึกษา 1 ตำบล จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวรรณกุล, 2562) จำนวน 22 คน

โดยมีเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 F20-F29 มีประวัติการรักษาตามแบบผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น และมีประวัติการใช้สารเสพติด

3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขวัญเมือง 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 5) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และเกณฑ์การรับอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ไม่เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ 2) ไม่สามารถติดตามตัวได้

(2) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน

(3) ภาควิชาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

(1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.73)

(2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ

(3) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ข้อ

(4) แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ (IOC>0.5, KR-20 = 0.85)

(5) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ (IOC>0.5, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.93)

และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)
ระยะเวลา 1 สัปดาห์ วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ร่วมกันของภาคีเครือข่าย เป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ก่อนดำเนินการมีการประเมินการมีส่วนร่วมโดยแบบสอบถามแบบทดสอบความรู้ต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)
ระยะเวลา 16 สัปดาห์ เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่

(1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล

(2) อบรมให้ความรู้ภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

(3) การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดไปทดลองใช้ปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน การสร้างระบบดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลเสลภูมิ การสร้างระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ทำการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในวงรอบการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ นอกจากนั้นยังเพื่อนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง แก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายอย่างเร่งด่วน ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้จะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1242565 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.55 ปี (S.D. = 8.29) มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น

ร้อยละ 63.6 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.8 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคจิตเวช ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเฉลี่ย 9.45 ปี (S.D. = 5.20) และมีผู้ดูแลร้อยละ 59.1

2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลังการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล ก่อนการพัฒนาแบบแผน ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.86 คะแนน (S.D. = 2.14) อยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนาแบบแผน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.68 คะแนน (S.D. = 1.39) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนาแบบแผนญาติและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับอาการ

เตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.90$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 ความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ก่อนการพัฒนาแบบแผน ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.06 คะแนน (S.D. = 2.10) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาแบบแผน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.11 คะแนน (S.D. = 1.27) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนาแบบแผนภาคีเครือข่ายมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.48$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล

ความรู้	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนาแบบแผน	7.86	2.14	ระดับต่ำ	9.90	<0.001
หลังการพัฒนาแบบแผน	12.68	1.39	ระดับสูง		

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ความรู้	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนาแบบแผน	10.06	2.10	ระดับปานกลาง	7.48	<0.001
หลังการพัฒนาแบบแผน	13.11	1.27	ระดับสูง		

2.3 การประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง จากผลการศึกษาการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ก่อนการพัฒนาแบบแผน ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.09 คะแนน (S.D. =

4.36) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูงและหลังการพัฒนาแบบแผน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.68 คะแนน (S.D. = 2.80) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และพบว่า หลังการพัฒนาแบบแผนระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

รุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.59$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

2.4 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน ก่อนการพัฒนารูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 คะแนน ($S.D. = 0.18$) ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการได้รับดูแลปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 คะแนน ($S.D. = 0.37$) ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการได้รับดูแลน้อย และพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนมีความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.45$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

2.5 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ก่อนการพัฒนารูปแบบ ภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 คะแนน ($S.D. = 0.27$) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน ($S.D. = 0.18$) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS)

ระดับความรุนแรง	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	2.67	0.27	ระดับปานกลาง	8.59	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	3.99	0.18	ระดับสูง		

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน

การติดตามผู้ป่วย	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	2.20	0.18	ระดับปานกลาง	9.45	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	1.49	0.37	ระดับน้อย		

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การมีส่วนร่วม	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	10.06	2.10	ระดับปานกลาง	16.55	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	13.11	1.27	ระดับสูง		

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.55 ปี ($S.D. = 8.29$) ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับ

การศึกษาของรัศมี ชุตพิมาย⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41-50 ปี อธิบายได้ว่า เพศชายในวัยทำงานเป็นวัยที่มีความอยากรู้ อยากลอง อยากเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน มีการชักชวนจากสังคมผู้สูงอายุเสพติด ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน ร้อยละ 40.9 สอดคล้องกับวราภรณ์ มั่งคั่ง⁽¹¹⁾ และคณะ พบว่าครอบครัวที่มีความขัดแย้งในครอบครัวสูง จะส่งผลให้วัยรุ่นชายมีการใช้ยาเสพติดสูงขึ้น อธิบายได้ว่า ปัญหาจากการใช้ชีวิตสมรส บรรยากาศในครอบครัวที่ไม่มีความสุข ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความเครียด ความเบื่อหน่าย เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชหันไปใช้ยาเสพติด โดยเชื่อว่าอาจจะทำให้ลืมสิ่งที่ตนเองประสบความผิดหวัง และหวังว่าจะทำให้ตนเองสบายใจขึ้นได้

หลังการพัฒนารูปแบบญาติและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น และหลังการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น

หลังการพัฒนารูปแบบระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Prasri violence severity scale: PVSS) ลดลง และหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนความจำเป็นในการได้รับดูแลลดลง สอดคล้องกับชลินดา จันทรงาม⁽⁶⁾ พบว่า กระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ วางแผน และกำหนดแนวทางแก้ไข เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในชุมชนที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน และการหาแนวทางแก้ไขร่วมกันจะสามารถสร้างเครือข่ายและส่งผลดีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรัศมี ชุตพิมาย⁽¹⁰⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้น อาจเกิดเนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมมีวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง มีการวัดผล และประเมินผล ส่งเสริมการปรับปรุงพัฒนาที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชน เพื่อที่จะสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายใต้บริบทชุมชน และมีการแสวงหาทรัพยากรในระดับพื้นที่ โดยภาครัฐระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และวิชาการ

2. ควรมีมาตรการทางสังคมในป้องกันแก้ไขการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันเกิดอาการกำเริบ ควบคุมอาการได้ยาก

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

2. ควรมีนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปพัฒนางานอื่นที่ยังขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุวปรียา จันต๊ะ. (2562). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เทศบาลเมืองแม่เหิยะ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบัณฑิตแสงโคมคำ, 4(1), 16-29.
2. World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/345946>.
3. กรมสุขภาพจิต. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
4. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566.
5. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1986). World management. New York: McGraw- Hill.
6. ชลิตดา จันทรงาม และคณะ. (2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(2), 55-68.
7. สุนันญา แสงแก้ว และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8(น.381-391).มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณี ศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(1), 83-89.
9. โรงพยาบาลเสลภูมิ. (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด ปี 2565.
10. รัชมี ชุตพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 851-867.
11. วราภรณ์ มั่นคง, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2559). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 11(2), 53-36.