

การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน Strengthening the care guidelines for psychiatric patients at high risk of violence of community leaders.

(Received: December 22,2024 ; Revised: December 26,2024 ; Accepted: December 28,2024)

สุพัฒน์ วิเศษวงษา¹
Supat Wisetwongsa

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีวก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน การมีส่วนร่วม

Abstract

This study was participatory action research. The objectives are to study the situation of caring for psychiatric patients at high risk of violence and to study the care guidelines for psychiatric patients at high risk of violence against community leaders. The study period is from September 2024 to December 2024, a total of 4 months. Data were collected from questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders before the operation, overall and in each aspect, was at a moderate level, except for the aspect of patient preparation, which was at a high level. After the operation, overall and in each aspect, it was at the highest level. The understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders before and after the operation was statistically significantly different at the 0.05 level. After the operation, the understanding of community leaders on the care guidelines for psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders was better than before the operation.

Keywords: psychiatric patients with a high risk of violence against community leaders, participation

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นปัญหาระดับโลกที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนอย่างกว้างขวาง การใช้ยาเสพติดส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้ ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียดจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ การใช้สารเสพติด หรือการมีปัญาสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การจัดการกับสถานการณ์จิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องมีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่สามารถประเมินและให้การรักษาอย่างทันที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์เลวร้ายลงและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ในที่สุด โดยสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการและความชุกโรคทางจิตเวช ดังนี้ โรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 72.21¹ โรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 54.8 ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึงบริการ ร้อยละ 3.2 (ความชุก ร้อยละ 12.4) ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติดเข้าถึงบริการ ร้อยละ 8.4 (ความชุก ร้อยละ 1.4) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงมากพบว่า เข้าถึงบริการ ร้อยละ 19 และจากข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในระย 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559 โดยใน พ.ศ.2555 จำนวน 11,266 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 14,223 ราย ใน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย กลุ่มวัยทำงานอายุ 23 - 59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 22 ปี เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบมากกว่าร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ พบมากในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 20.3) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 16.7) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อย

ละ 13.1) และเขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ²

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหมายถึงกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูง³ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดมักมีลักษณะเฉพาะ เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลและการจัดการอย่างเหมาะสม โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปีมีประวัติการใช้ยาเสพติดและแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากผลกระทบของยาเสพติดที่ทำให้สุขภาพจิตทรุดโทรมและขาดการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการเสพยาเสพติดยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในชุมชนและเพิ่มความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรม เช่น การลักทรัพย์หรือการทำร้ายผู้อื่น ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคม การจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด การบำบัดรักษาที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงในอนาคต⁴

ปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินมีหลายประการ ปัญหาสำคัญที่พบในขั้นการนำส่งคือ ตำรวจไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ขั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มีการย้ายงานหรือบุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ขั้นจำหน่าย

พบปัญหาไม่มีที่รองรับผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการดำเนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัญหาที่สำคัญอีกเรื่องคือ ทักษะคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวยุติผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้นอกจากนั้นมี 4-5 ใน 10 คนที่คิดว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ตีตราบาป ทักษะคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้นดังนั้นบทบาทของชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ครอบคลุม อาการแสดงมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป การเฝ้าระวังสังเกตหรือค้นปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ครอบครัวยุติผู้ป่วยใกล้ชิด ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชนญาติหรือผู้ป่วย จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าใจปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหารวมทั้งอาการผิดปกติ โดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม⁵

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากปัญหาหายาเสพติดที่แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนทำให้เกิดผลกระทบมากมาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจากการใช้สารเสพติดพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าสู่กระบวนการรักษามักมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการเสพยา ซึ่งในการ

ดูแลต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน ในการที่จะการสร้างความตระหนักรู้ โดยการสนับสนุนจากชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างสะดวกและรวดเร็ว โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการบำบัดที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจและสังคม เช่น การบำบัดทางจิตใจ การใช้ยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐพร ผลงาม⁶ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง โดยเริ่มต้นจากการร่วมกันคิด เน้นความสมัครใจเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติดและลดปัญหาการกลับไปเสพยา รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี⁷ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับ

ความสุทธต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขภาพดีผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

สถานการณ์อำเภอสุวรรณภูมิ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199 และ 221 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การ ก่อความรุนแรงซ้ำ^๑

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

3. เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน อำเภอเมืองสรวง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จำนวน 9 หมู่บ้านๆ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน โดยมีกิจกรรมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของแกนนำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 ความเข้าใจมากที่สุด

3.41 – 4.20 ความเข้าใจมาก

2.61 – 3.40 ความเข้าใจปานกลาง

1.81 – 2.60 ความเข้าใจน้อย

1.00 - 1.80 ความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.2 กำหนดกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.3 การดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

1.4 สรุปผลการดำเนินงานแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมของการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชนและผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ได้รับการรับรองจริยธรรม

งานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1.1 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและได้รับการดูแล อำเภอสวรรณภูมิ มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199 และ 221 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ

1.2 ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ส่งผลให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ สร้างความเดือดร้อน แก่คนในชุมชน จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือญาติเท่านั้น ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของ

คนในชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล นอกจากนี้ยังขาดกระบวนการ หรือแนวทางที่เหมาะสมในการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการสั่งการตามระบบ การประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ประกอบกับครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแล

1.3 ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

3. ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีวก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย	3.50	0.56	4.54	0.39	89	-13.681	.000	-1.19190	-.88958
การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย	3.28	0.57	4.57	0.42	89	-15.972	.000	-1.45894	-1.13612
การเตรียมความพร้อมชุมชน	3.35	0.53	4.56	0.39	89	-17.291	.000	-1.34586	-1.06842
รวม	3.38	0.45	4.56	0.35	89	-19.335	.000	-1.30325	-1.06036

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและได้รับการดูแล อำเภอสวรรณภูมิ มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ. ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199 และ 221 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาคครอบครัวและสังคม ส่งผลให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ สร้างความเดือดร้อน แก่คนในชุมชน จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือญาติเท่านั้น ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล นอกจากนี้ยังขาดกระบวนการ หรือแนวทางที่เหมาะสมในการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการสั่งการตามระบบ การประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ประกอบกับครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแล และเมื่อทำการศึกษา ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ณัฐพร ผลงาม⁶ ได้

ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี⁷ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าการศึกษาสถานการณ์จากสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ ญาติขาดศักยภาพในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย จากการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน ปรากฏว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านที่สำคัญ คือ ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการดูแล รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.5 ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่มีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 26.9 และด้านการใช้สารเสพติด (สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับรูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 61.5 ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ทุกวัน ร้อยละ 19.2

จากสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน⁵ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและการติดตาม

ดูแลผู้ป่วย² ส่งผลให้ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการดำเนินงานความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ โกศล เจริญศรี⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าหลังดำเนินการผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี และ อรรพรรณ หนูแก้ว¹⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาลระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของพิภรณ์ พลโคตร¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากการศึกษาสถานการณ์พบประเด็นที่สำคัญ 4 ประเด็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ดังนี้ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูลพบว่าผู้ใช้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2) ด้านความต่อเนื่องของการบริการ พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม และผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกครอบครัว 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพ พบว่าทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ลดความรุนแรงในชุมชนและลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำ

ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าผลของคะแนนปฏิบัติการดูแลฯ ของผู้ให้บริการสุขภาพในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean 4.80 และ Mean = 2.83) ตามลำดับ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean = 4.4 และ Mean = 3.8) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน ควรประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนควรประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย และการเตรียมความพร้อมชุมชน ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.dmh.go.th/faq/mentalhealth>.
2. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการติดตามดูแล ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ; 2564.
5. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.). สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สสส.)
6. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขนวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-72.
7. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2). 266-96
8. งานจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง. เอกสารรายงานประจำเดือน เมษายน 2565 หัวข้อรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตาย. คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ; 2565.
9. ศุภกิจ เจริญสุข.(2557) แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1 (หน้า 90-113). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร ; 2557.
10. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (2021): มกราคม - เมษายน 2564 หน้า 91-111.
11. พิภรณ์ พลโคตร.(2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 10(4) 184-94