THE DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED-NURSING PROGRAM ON RELAPSE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH HIGH RISK OF VIOLENCE

Sirapussorn Limpitikiat, M.N.S., Anongnud Sasok, M.N.S.**, Siriluk Suesat, Ed.D.****

Abstract

Objective: To develop an integrated nursing program for relapse prevention in schizophrenia with serious mental illness with high risk of violence, and to compare the differences in relapse rates between schizophrenia with serious mental illness with high risk of violence who received the integrated nursing program and those who received treatment as usual after the completion of the trial and discharge at months 1 and 3.

Methods: This is a research and development study consisting of 7 steps. The sample group includes 24 patients with schizophrenia who are at high risk of violent behavior, divided into an experimental group of 12 and a control group of 12. The assessment is conducted before the experiment, after the experiment, and at follow-up periods of 1 and 3 months. The instruments used in the study include: 1) A combined nursing program for relapse prevention in patients with schizophrenia who are at high risk of violent behavior. The consistency index or the degree of alignment between each activity and the underlying concept is 0.90, 2) A general information recording form, and 3) A psychiatric symptom assessment form. Data analysis is performed using descriptive statistics, t-tests, and Fisher's exact test, with statistical significance set at the 0.05 level.

Results: The developed program consists of case management combined with psychosocial therapy, including 4 sessions of relationship therapy, 2 sessions of psychoeducation, and 2 sessions of family psychoeducation, conducted as group activities over a total duration of 3 weeks. The experimental results showed that, after a 1-month follow-up, the experimental group had a significantly lower rate of relapse compared to the control group (p-value = 0.027). However, after a 3-month follow-up, there was no statistically significant difference in relapse rates between the experimental and control groups.

Conclusion: The integrated nursing program can prevent relapse of patients with schizophrenia who are at high risk of violence.

Keywords: integrated-nursing program, schizophrenic patients with high risk of violence

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Srithanya Hospital*

***Corresponding author: Lecturer, Faculty of nursing, Shinawatra University, e-mail: anongnud.s@siu.ac.th*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University*

Received: 15 March 2025, Revised: 8 September 2025, Accepted: 15 September 2025

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน ต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ศิรภัสสร ลิมปิติเกียรติ, พย.ม., อนงค์นุช ศาโศรก, พย.ม.**, สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์, กศ.ด.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการป่วยซ้ำระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลอง และจำหน่ายเดือนที่ 1 และ 3

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา ทั้งหมด 7 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้เท่ากับ 0.90 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินอาการทางจิตวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที และการทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซค กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม คือ สัมพันธภาพบำบัด 4 ครั้ง สุขภาพจิตศึกษา 2 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 ครั้ง เป็นกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยผลการทดลองพบว่า การติดตามที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองกลับมาป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .027) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกัน

สรุป : โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานสามารถป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา*

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยซินวัตร, e-mail: anongnud.s@siu.ac.th*

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*

วันที่รับ: 15 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 8 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 15 กันยายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดทำให้เกิดข้อจำกัดในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะหนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ (กำทร ดานา, 2564) โดยอาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็น ค่อยไป มี 3 ระยะ คือ ระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มาโนช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเวชแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าโรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึง ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ โดยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน (ร้อยละ 0.32) ทั่วโลก (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 273,817 คน 283,065 คน และ 284,273 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเกิดผลกระทบโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้ และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Chong et al., 2016) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าวมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สินรวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ทั้งนี้ความชุกของผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงทั่วโลกพบร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Iozzino et al., 2015) และร้อยละ 12 - 20 มีประวัติกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Walsh et al., 2003) โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้ชายมากเป็น 2 - 6 เท่า และเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงมากเป็น 2 - 8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต (Rao et al., 2010) และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการที่

โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วง 1 ตุลาคม 2564 - 31 พฤษภาคม 2566 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ SMIV จำนวน 1,908 ราย (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566)

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจงใจด้วยการใช้กำลัง วาจา ข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคามที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตรายการบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (Harwood, 2017) พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกที่พบได้มาก และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวชมีอัตราความชุกในชุมชนร้อยละ 24.6 (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เกิดความรู้สึกผิดทุกข์ทรมานใจ เสียใจ วิตกกังวล เครียด และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เป็นที่รังเกียจหวาดกลัวที่จะได้รับอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นภาระในการดูแล (Tam et al., 1996) ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่เป็นครั้งคราวขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วย

การกลับมาป่วยซ้ำพบได้บ่อยในโรคทางจิตเวช (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบสาธารณสุขเน้นให้มีการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่สั้นลง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีหลายการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยการป่วยซ้ำเป็นอัตราส่วนที่มีนัยสำคัญในโรงพยาบาลจิตเวช คิดเป็นจำนวนร้อยละ 22 - 80 (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) และมีอัตราที่สูง (Boaz et al., 2013) และสะท้อนถึงการรักษาผู้ป่วยในที่ไม่ตามเป้าหมายตัวชี้วัดได้ (Durbin et al., 2007) จึงส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข เพราะเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้สูงขึ้น มีการศึกษากล่าวถึงการกลับเป็นซ้ำว่าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเจ็บป่วยขณะอายุน้อย การไม่มีรายได้ ยากจน ขาดรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การใช้สารเสพติดร่วม ระยะเวลาในการรักษาอยู่โรงพยาบาล การมีประวัติป่วยหลายครั้งมาก่อน ความรุนแรงของโรค ร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังเหลืออาการบางส่วนอยู่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) จากการศึกษาของณัฐพณ บุตตะโยธี (2564) ซึ่งได้ศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และติดตามผลระยะสั้นเป็นเวลา 30 วัน พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท 3 คน แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อติดตามผลระยะยาวเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำ โดยจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าสาเหตุของการป่วยซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติด รวมไปถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และครอบครัวยังขาดความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในปัจจุบัน จะดำเนินการตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยมีการบำบัดทางการพยาบาลเพียงหนึ่งโปรแกรม คือ การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการประสานงานและจัดการการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยในและจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า การจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ครอบคลุมถึงการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการบำบัดที่ออกแบบเฉพาะกลุ่มและมีการวางแผนการติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยระบบการจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียวและให้พยาบาลจิตเวชชุมชนเข้ามาดูแล (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท, 2563)

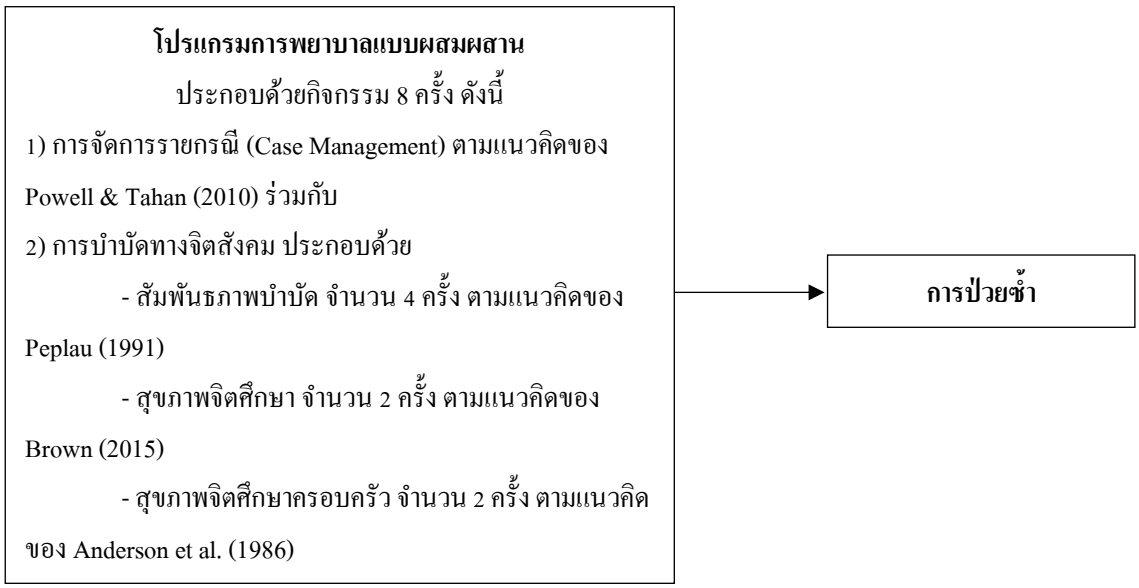
จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวช ตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงวางแผนในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ทำการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลจิตเวชที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังคงกลับมาป่วยซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 และได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานซึ่งเป็นการดูแลทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยนำรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ซึ่งเป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลจิตเวชที่มุ่งสู่ความเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรงมีความยุ่งยากซับซ้อน ให้เป็นไปตามนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการป่วยซ้ำระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังสิ้นสุดการทดลอง และหลังการทดลองเดือนที่ 1 และหลังการทดลองเดือนที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

เป็นการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมี 3 กิจกรรมหลักคือ

1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยใช้ข้อมูลจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2. การสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ว่าควรมีโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ สามารถจัดสรรและเป็นผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลายรูปแบบได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา และตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอันจะนำไปสู่การช่วยป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ เมื่อจำหน่ายกลับเข้าสู่ครอบครัว

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบรูปแบบที่ป้องกันการป่วยซ้ำที่มีประสิทธิภาพในการลดการป่วยซ้ำจากความรุนแรงของอาการทางคลินิก คือ 1) การจัดการรายกรณีร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic relationship) (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ และคณะ, 2561; Priebe et al., 2011) 2) สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Lay et al., 2015; Bhattacharjee et al., 2011) และ 3) การช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) ที่เป็นลักษณะสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ในการจัดการแก้ปัญหา (Camacho-Gomez & Castellvi, 2020; วันวิสา โพธิ์อิ่ม และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555; Niksalehi et al., 2019)

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตามขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) มาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลรวมถึงการนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารตำราทางวิชาการรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาใช้วางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบผสมผสานโดยกำหนดแผนการจัดทำโครงสร้างขอบเขตกิจกรรมและเนื้อหาที่ประกอบด้วย 1) การจัดการรายกรณีร่วมกับ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษา และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

การออกแบบโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นปฏิบัติตามแนวทางหลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล โดยชรัสนิกูล ยิ้มบุญณะ (2561) ประกอบด้วยส่วนนำ ส่วนกิจกรรม และส่วนประเมินผล โดยต้นร่างที่จัดทำขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา 1) การจัดการรายกรณี ร่วมกับ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษา และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ (ได้รับวุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์ หรือสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ไม่น้อยกว่า 5 ปี) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์สอนไม่น้อยกว่า 5 ปี) และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ได้เท่ากับ 0.90 และเมื่อแก้ไขตามข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง และนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 5 ราย ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา นำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้นและจัดทำเป็นฉบับปรับปรุง

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

<u>ขั้นตอนที่ 5</u> การทดลองใช้ในระบบมี 2 กิจกรรมหลัก คือ (ระยะเวลา 4 เดือน)

1. นำโปรแกรมฯ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนที่ 4 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 5 ราย ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา นำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้นและจัดทำเป็นฉบับปรับปรุง

2. ดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.30 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน และเพิ่ม drop out ร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

3) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

4) มีอาการทางจิตระยะ Sub-acute phase หรือมีค่าคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน (เพลิน เสี่ยงโชคอยู่ และคณะ, 2566)

5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

6) พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือมีครอบครัวดูแลรับผิดชอบ

ผู้ดูแล

1) เป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย

1) มีความน่าสงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม

2) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกิดจากระบบประสาทผิดปกติหรือความผิดปกติทางร่างกายได้แก่จากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมองหรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้

3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักหรือโรคร่วม ได้แก่ Autism และ Intellectual disability

ผู้ดูแล

1) มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการกำหนดคุณลักษณะประกอบด้วยหัวข้อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับคะแนนอาการทางจิต และสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย

2) แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินการป่วยซ้ำ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บันทึกความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิต ทั้งอาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ วัดระดับความรุนแรงด้วยมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข 7 ระดับดังนี้ 7 = มากที่สุด 6 = มาก 5 = ค่อนข้างมาก 4 = ปานกลาง 3 = น้อย 2 = น้อยมาก 1 = ไม่มี คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามี

อาการของโรคระดับมาก และถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

3) การป่วยซ้ำทำการประเมินด้วยเครื่องมือ BPRS จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 4 (Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก), ข้อ 12 (Hallucination behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก/ประสบการณ์นี้ มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม) และข้อ 15 (Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย) ที่มีอย่างน้อยหนึ่งในสามข้อมีคะแนนระดับรุนแรงมาก (6 คะแนนขึ้นไป) จึงแปลความว่า “ป่วยซ้ำ” (Gleeson et al., 2005) (Nuechterlein et al., 1994)

<u>ส่วนที่ 2</u> เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญดังนี้

1) รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) พัฒนาขึ้นตามกระบวนการจัดการรายกรณีตามแนวคิดของ Powell & Tahan (2010) มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดำเนินการ 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การระบุผู้ป่วย 2) การประเมิน/การระบุปัญหา 3) การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ 4) การปฏิบัติการดูแลรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 5) การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน 6) การกำกับอย่างต่อเนื่องและ 7) การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี

2) สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของPeplau (1991) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความต้องการการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง โดยมีพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที

3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Brown (2015) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดแบบกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที

4) แนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1986) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดรายครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) เตรียมความพร้อมของโครงร่างการวิจัย รวมไปถึงเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมการ

พยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการทางจิต

2) จัดทำโครงร่างวิจัยเสนอแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยจะมีการอธิบายโครงการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจโครงการวิจัย ทำหน้าที่สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับอาการทางจิต และการป่วยซ้ำ โดยผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

2.1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 ปี

2.2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

2.3) ยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

1) ส่งหนังสือแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เรื่อง การขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย และถ้ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ให้แจ้งกลับมายังผู้วิจัย

2) จับฉลากหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และป้องกันการส่งต่อวิธีการที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตามเกณฑ์การคัดเลือก

4) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือชื่อในใบยินยอม

5) ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการทางจิต โดยไม่ทราบว่าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

6) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

7) การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

8) การติดตามกลุ่มตัวอย่างติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการวิจัย STY.IRB012/2567_full วันที่รับรองโครงการวิจัย 9 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักโดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบเมื่อได้รับ

อนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการป่วยซ้ำ เดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ fisher' exact test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ pair t-test และ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ทำให้เกิดโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (สัมพันธภาพบำบัด 4 ครั้ง สุขภาพจิตศึกษา 2 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 ครั้ง) ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยได้ค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) เท่ากับ 0.90 ดังตารางที่ 1

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study)

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 37.9 (10.25) ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 66.7 จำนวนครั้งเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาก่อนหน้า 2.7 (0.99) ครั้ง ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.1 (3.34) ปี สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย คือ พ่อ/แม่ ร้อยละ 66.7 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ทั้งระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่าง

ตารางที่ 1 โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป้วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สัปดาห์ที่	จันทร์ (13.00 - 14.00 น.)	อังคาร (13.00 - 14.00 น.)	พุธ (13.00 - 14.00 น.)	พฤหัสบดี (13.00 - 14.00 น.)	ศุกร์ (13.00 - 14.00 น.)
			การจัดการรายกรณี		
1	-	สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 1	-	สัมพันธภาพ บำบัด ครั้งที่ 2	-
2	สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 3	-	สัมพันธภาพ บำบัด ครั้งที่ 4	-	สุขภาพจิต ครอบครัว ครั้งที่ 1
3	กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา ครั้งที่ 1	-	กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา ครั้งที่ 2	-	สุขภาพจิต ครอบครัว ครั้งที่ 2

หมายเหตุ : ติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน (n = 24)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย ± SD	t	df	*p*-value
ก่อนการทดลอง		1.164	22	.257
กลุ่มทดลอง	23.5 ± 1.83			
กลุ่มควบคุม	22.7 ± 1.67			
หลังการทดลอง		0.518	22	.610
กลุ่มทดลอง	23.3 ± 1.67			
กลุ่มควบคุม	23.0 ± 1.48			
ติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน		-1.609	18.794	.124
กลุ่มทดลอง	24.9 ± 5.05			
กลุ่มควบคุม	29.3 ± 7.84			

*$p < .05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการกลับมาป่วยซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 24)

การติดตาม	จำนวนการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (ร้อยละ)		*p*-value
	ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ	
การติดตาม 1 เดือน			.027*
กลุ่มทดลอง	1 (8.3)	11 (91.7)	
กลุ่มควบคุม	7 (58.3)	5 (41.7)	
การติดตาม 3 เดือน			.193
กลุ่มทดลอง	2 (16.7)	10 (83.3)	
กลุ่มควบคุม	6 (50.0)	6 (50.0)	

*$p < .05$

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกลับมาป่วยซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า การติดตามที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองกลับมาป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p*-value = .027) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน การป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

และจากการสัมภาษณ์การเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลหรือญาติในการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในส่วนของกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงใจในระดับดีมากต่อโปรแกรมฯ ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่า "*สามารถทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดียิ่งขึ้น*" รวมไปถึง "*เข้าใจโรคจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น*" และสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า "*น่าจะมีกิจกรรมให้ญาติได้เข้าร่วมมากยิ่งขึ้น*"

การอภิปรายผล

โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้ผ่านวิเคราะห์ความต้องการหรือความจำเป็นในการพัฒนาในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมในปัจจุบันมีการพยาบาลเพียงหนึ่งโปรแกรม คือ การจัดการรายกรณี (Case management) จากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย

จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า การจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ครอบคลุมถึงการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการบำบัดที่ออกแบบเฉพาะกลุ่ม และมีการวางแผนการติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ด้วยระบบการจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียว และให้พยาบาลจิตเวชชุมชนเข้ามาดูแล (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท, 2563) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ของ Powell & Tahan (2010) เพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Peplau (1991) เพื่อค้นหาความต้องการการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Brown (2015) เพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1986) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดรายครอบครัว ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขจากนั้นนำโปรแกรมที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

จากผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานฯ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวสามารถป้องกันการป่วยซ้ำหลังติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .027) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสินิทธิ์ อนันทวัฒน์ (2565) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 35 ราย เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี สาเหตุที่มีอาการรุนแรงในครั้งนี้ คือ ใช้สารเสพติดอย่างเดียวมากที่สุดร้อยละ 54.3 และจากการวิเคราะห์พบว่าการกำเริบซ้ำเกิดจากใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล และระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

อาการทางจิตและคะแนนความสามารถโดยรวมหลังการติดตามที่ 0, 3 และ 6 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบกำเริบซ้ำ 2 ราย และจากการศึกษาของวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ และคณะ (2561) ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20 - 60 ปี จำนวน 67 คน โดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและสุขภาพจิตศึกษา 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการวางแผนการจำหน่าย พบว่าการจัดการรายกรณีร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและสุขภาพจิตศึกษา มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่าการวางแผนการจำหน่าย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Camacho-Gomez & Castellvi (2020) ได้ทำการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอายุ 16 - 40 ปี ทั้งสิ้นจำนวน 1,360 คนพบว่า family intervention for psychosis มีประสิทธิผลในการป้องกันการป่วยซ้ำโดยช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำช่วยลดอาการทางจิตและเพิ่มการทำหน้าที่เมื่อเปรียบเทียบกับการบริการแบบผู้ป่วยนอกตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไปทดลองนำร่อง (Pilot study) ซ้ำในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น ก่อนจะมีการนำโปรแกรมไปใช้จริง

2. การนำโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวสามารถป้องกันการป่วยซ้ำหลังติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและเน้นกิจกรรมในระยะ 1 เดือน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. พรอสเพอรัสพลัส.

กรมสุขภาพจิต. (24 สิงหาคม 2565). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2562-2564*. https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/.

กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *30*(3), 406-414.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. (2563). *คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน (SMI) ด้วยระบบการจัดการรายกรณี ตามแนวคิด Recovery Oriented Service (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. โรงพยาบาลศรีธัญญา.

ชรัสนิกูล ยิ้มบุญนะ. (3 มิถุนายน 2561). *หลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล*. http://drive.google.com/file/d/0B4a84Ctn67PbHINWFqRbk1KeGM/view.

ณัฐพณ บุตตะโยธี. (2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, *5*(9), 77-88.

เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, สาวิตรี สุริยะฉาย, และสาวิตรี แสงสว่าง. (2566). การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, *17*(2), 62-77.

มาโนช หล่อตะกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรากร, และวีรพล อุณหรัศมี. (2561). ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย,5*(2), 5-18.

วันวิสา โพธิ์อิ่ม, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *26*(1), 50-61.

เวนิช บุราชรินทร์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *25*(3), 24-37.

สินิทธิ์ อนันทวัฒน์. (2565). *การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย*. https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001154-0000001411.pdf

Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management*. A division of Guilford publications.

Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K. & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, *14*(1), 33-39.

Boaz, T. L., Becker, M. A., Andel, R., VanDorn, R. A., Choi, J. & Sikirica, M. (2013). Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications. *Psychiatric services*, *64*(12), 1225-1229.

Brown, W. N. (2015). *Psychoeducational groups: process and practice*. Taylor and Francis Group.

Camacho Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First Episode Psychosis Until 24 Months of Follow up: A Systematic Review with Meta analysis of Randomized Controlled Tria ls. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(1), 98-109.

Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 357-373.

Durbin, J., Lin, E., Layne, C. & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?. *The journal of behavioral health services & research*, *34*(2), 137-150.

Gleeson, J. F., Rawlings, D., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2005). Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, *80*(1), 107–111.

Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, *47*(2),176-182.

Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *10*(6), e0128536.

Jaramillo-Gonzalez, L. E., Sanchez-Pedraza, R. & Herazo, M. I. (2014). The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry*, *2*(14), 161.

Lay, B., Blank, C, Lengler, S., Drack, T., Bleiker, M. & Rossler, W. (2015). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psychoeducation and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *265*, 209-217.

Niksalehi, S., Namazi, S., Tashk, M., Bavaghar, S., Afandi, M. & Jamalizadeh, F. (2019). Impact of Family Psychoeducation Intervention on Relapse Prevention in Hospitalized Psychiatric Patients. *Hormozgan Medical Journal*, *23*(4), e86970.

Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., Mintz, J., & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, *382*, 58-64.

Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report, 10*(3), 799-812.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing.

Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*(2), 70-77.

Rao, C., Porapakkham, Y., Pattaraarchachai, J., Polprasert, W., Swampunyalert, N. & Lopez, A. D. (2010). Verifying causes of death in Thailand: Rationale and methods for empirical investigation. *Population Health Metrics*, *8(*11), 1-13.

Tam, E., Engelsmann, F. & Fugere, R. (1996). Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatric Services*, *47*(1), 86-88.

Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M. & Fahy, T. (2003). Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *183*(3), 233-238.

World Health Organization. (10 January 2022). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia