Received: 21 Jul.2024, Revised: 22 Aug.2024

Accepted: 11 Sep. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

พิทภรณ์ พลโคต*[1]

บทคัดย่อ

กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบาย ในการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ จากความร่วมมือทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวังการค้นหากลุ่มเสี่ยง การวางระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการบูรณาการความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกดดันได้รับการรบกวนทางอารมณ์ทำให้รู้สึกโกรธและแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ17หรือประมาณการเกือบ1ใน5ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช[2] และร้อยละ12–20 มีประวัติการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง[3] โดยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้ชายมากเป็น 2–6เท่าและเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงมากเป็น 2–8เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต[4]

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในชุมชนตำบลนางิ้ว 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนและ 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[5] โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement:CQI) เป็นกลไกในการปรับปรุงคุณภาพและแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle[6] มาใช้ประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการศึกษาแบ่งเป็นวงรอบแต่ละวงรอบแบ่งเป็น3ระยะ ระยะที่1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

จากการศึกษาสถานการณ์พบประเด็นที่สำคัญ 4 ประเด็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ดังนี้ 1)ความต่อเนื่องของข้อมูลพบว่าผู้ใช้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2)ด้านความต่อเนื่องของการบริหาร พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม และผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกครอบครัว 3)ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4)ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพ พบว่าทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และจากการวิเคราะห์ข้อมูดังกล่าวได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ลดความรุนแรงในชุมชนและลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำ

ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าผลของคะแนนปฏิบัติการดูแลฯ ของผู้ให้บริการสุขภาพในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean4.80 และ Mean=2.83)ตามลำดับ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean=4.4 และMean=3.8) ตามลำดับ

คำสำคัญ การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

* Corresponding author E-mail: taw_clinic@hotmail.com,pitaporn.pol@gmail.com

Original Article

Developing guidelines for caring for psychiatric patients with the risk of committing violence. By using participatory case management in the community.

Pitaporn Polkot[1*]

Abstract

Objective : 1) To study the situation of patients with mental illness in the group at risk of committing violence (SMI-V) in the community of Nangiu Subdistrict. 2) To develop guidelines for caring for patients with psychiatric illness who are at risk of committing violence. by using participatory case management in the community and 3) to study the results of care for psychiatric patients at risk of committing violence. By using participatory case management in the community. Methods : This research is participatory action research5. By using the concept of continuous quality improvement (Continuous Quality Improvement: CQI) as a mechanism for improving quality. and the concept of service quality assessment of Edward Deming Cycle6 to evaluate structural relationships. Process and results Education is divided into cycles. Each cycle is divided into 3 phases. Phase 1 is an analysis of the care situation for psychiatric patients at risk of committing violence. From the perspective of service users and health care providers Phase 2 is the development of a service system for caring for patients with psychiatric illnesses who are at risk of committing violence in families with psychiatric patients. Phase 3 is evaluating the results of care for patients with psychiatric illnesses who are at risk of committing violence. and collected data using in-depth interviews. Participatory and non-participant observation workshop group chat data analysis Qualitative data used content analysis. Quantitative data used descriptive statistics. Results : Four important issues were found from service providers and service users as follows: 1) Continuity of data It was found that service users reflected on receiving information that was not specific to their problems and care needs. 2) Continuity of administration Found a problem in the lack of information transfer between teams. and health care providers and family members Including the lack of participation in care planning. and guidelines for caring for psychiatric patients at risk of committing violence. Lack of understanding in using assessment tools 3) Continuity of care within the community It was found that the relationship of patients and families to the community affects their participation in patient care. 4) In terms of continuity of care within the health team, it was found that The health team does not have clear divisions of roles and responsibilities. Lack of understanding of teamwork Lack of recording information for communication Including the lack of skills in evaluating problems and participation in planning and common goals. Conclusion : Results of the development of the care service system In families with psychiatric patients, it was found that the results of care performance scores of health care providers in families with psychiatric patients has increased more than before the development The mean scores after the operation were higher than before the operation (Mean 4.80 and Mean = 2.83), respectively, resulting in increased satisfaction levels of service users. It was found that the mean satisfaction score after the operation was higher than the satisfaction score before the operation (Mean = 4.4 and Mean = 3.8), respectively.

Keyword : case management Patients with mental illness who are at risk of committing violence

[1]Registered Nurse, Sangkhom Hospital, NongKhai Province

* Corresponding author E-mail: taw_clinic@hotmail.com,pitaporn.pol@gmail.com

บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักพบเห็นตามสื่อต่างๆ หรือข่าว อยู่บ่อยครั้งไม่ว่าจะเป็นในประเทศหรือต่างประเทศ และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น บ่อยครั้งที่พบว่าเป็นบุคลลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมามากมาย และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่มีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งตนเองและผู้อื่น[7-9]

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566 พบมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงใหม่ จำนวน 871 คน ในจำนวนนี้มีการก่อเหตุความรุนแรงซ้ำ จำนวน 20 คน ผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาของระบบสาธารณสุข[10] และจากศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่กลับเข้าไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.56 ด้วยการใช้คำพูดที่รุนแรง ด่าทอ ทุบทำลายข้าวของ ถืออาวุธและขู่จะทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ มีบางรายทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (length of stay [LOS]) โดยมีระยะวันนอนเกิน 21 วัน ร้อยละ 23.61[11]

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือประชาชน ทั่วไป โรงพยาบาลสังคมได้มีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลสังคม ระหว่างปี 2563 - 2565 มีจำนวน 129, 119 และ 110 ราย ตามลำดับ และในผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังคม จำนวน 19, 17 และ 15 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลพบประเด็นการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้ 1) ไม่รับประทานยา คิดเป็น ร้อยละ 48.5 2) ใช้สารเสพติด คิดเป็น ร้อยละ 43.10 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 2.87 2) ก่อความรุนแรงทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 1.15 3) ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นจนเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.57 นอกจากนี้ยังได้มีการสำรวจครัวเรือน โดยแบ่งสีในการเฝ้าระวัง ดังนี้ 1) สีแดง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.77 2) สีเหลือง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 3)สีเขียว จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 56.32 ในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานดังกล่าวยังพบว่า การขาดยา กลับไปใช้สารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการกำเริบ ทำร้ายผู้อื่นถึงขั้นเสียชีวิต และต้องส่งตัวกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสังคม นอกจากปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าญาติ และชุมชน เครือข่ายขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมที่จะดูแลผู้ป่วย[12]

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบเฉพาะครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการก่อความรุนแรงในชุมชน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาระในการดูแลของญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น มีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล[13]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการรายกรณี (Case management) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในการป้องกัน การป่วยซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานงานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการและการประเมินผล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่[14] ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีแบบรายบุคคลประกอบด้วยผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนที่ออกแบบและวางแผนการดูแลร่วมกัน

โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการใช้แผนฯดังกล่าวในการติดตาม และเป็นที่ปรึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจนำการจัดการผู้ป่วยแบบรายกรณีมาพัฒนาบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องและส่งผลให้มีอาการทางจิตดี ช่วยลดภาระของญาติ รวมทั้งการนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนช่วยสนับสนุนในการดำเนินงานดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานและมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น[15]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง(SMI-V)ในชุมชนตำบลนางิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลนางิ้ว

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลนางิ้ว

วิธีการศึกษาและดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประเภทสีแดงและสีเหลือง จำนวน 19 ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ/ผู้รับผิดชอบ 9 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ร่วมกับการใช้แนวคิดการประเมินคุรภาพการบริการของ Edward Deming Cycle (Deming, Edward 2023) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำผลไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) เพื่อที่จะนำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหาปรับปรุง และพัฒนางานจนเกิดเป็นมาตรฐาน

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ในมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยมีการใช้เครื่องมือเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงและครอบครัว จำนวน 19 ครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานในองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้รับผิดชอบงานในสถานีตำรวจ) ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ใช้เวลา 60 นาที เครื่องมือในการวิจัยเป็นแนวคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวช 2)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและครอบครัว 3)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 4)แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแกนนำชุมชน เป็นเรื่องการรับรู้ของชุมชนและกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง รวมถึงการให้บริการในกลุ่มนี้ เป็นต้น ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เลือกหน่วยการวิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ตีความ จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามความหมายวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เชื่อมโยงแต่ละประเด็นเป็นข้อสรุป เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1)เครื่องมือคัดเข้า ได้แก่ BPRS 2)แบบสำรวจครัวเรือนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI V)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle (2566) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำผลไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) ใน 1 วงรอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการให้ดีขึ้น ดังนี้ 2.1) ขั้นตอนวางแผน (Plan) ได้มีการจัดตั้งทีมงานซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลฯ ประชุมร่วมกันโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบริการ 2.2 การนำผลไปปฏิบัติ (Do) มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนงานหรือกิจกรรมที่วางไว้ 2.3 ติดตามประเมินผล (Check) โดยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมระหว่างการดำเนินการออกนิเทศติดตามในพื้นที่ 2.4 การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) นำข้อมูลจากการดำเนินงาน มาวิเคราะห์แปลผลนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ร่วมกันเขียน Flow Chart แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อจะได้เป็นแนวทางและเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป หากยังต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้นนำผลการตรวจสอบเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินการแก้ไขในวงรอบที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (ผลลัพธ์) เป็นการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงและครอบครัว จำนวน 19 ครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานในองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้รับผิดชอบงานในสถานีตำรวจ ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป, แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน, แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale : GAP), แบบประเมินภาระการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช, แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH058 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนำเสนอตามระยะต่างๆ ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2566 ผลศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้ใช้บริการ ตามแนวคำถาม โดยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเนื้อหาโดยได้ประเด็นสำคัญดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการสรุปประเด็นสำคัญ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง

ระบบงาน	สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์
1.ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล	- ผู้ให้บริการสุขภาพการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน - ผู้ให้บริการสุขภาพรู้เฉพาะส่วนที่เรารับผิดชอบ - ผู้ให้บริการสุขภาพข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน
2.ด้านความต่อเนื่องการบริหารจัดการ	- ผู้ใช้บริการสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการผลกระทบหลังการเจ็บป่วย - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการส่งต่อการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ - ผู้ใช้บริการสุขภาพเลือกใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน
3.ด้านความสัมพันธ์ต่อเนื่อง	- ผู้ให้บริการสุขภาพยังขาดการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน
4.ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน	- ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นอยู่ระหว่างผู้ใช้บริการสุขภาพกับชุมชน
5.ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ	- ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ - ขาดการไม่ลงบันทึกข้อมูลหลังติดตาม - เปลี่ยนผู้ที่ลงติดตามไม่ต่อเนื่อง - ทีมผู้ให้บริการสุขภาพขาดการรับรู้เป้าหมายและวางแผนร่วมกัน
6.ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	- ขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง - บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจ
7.ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล	- ผู้ให้บริการสุขภาพขาดการตั้งใจในการรับฟังปัญหา การไม่เห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม
ด้านการเข้าถึงบริการ	- ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ และระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของ Edward Deming Cycle[6] ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการและนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้และมีวงล้อ PDCA เป็นเครื่องมือหรือกลไกที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) ดังนี้

รอบที่ 1การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการโดย

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน

2. นำข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้ร่วมกันสร้างแนวทางในการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ระบบส่งต่อข้อมูลในการดูแล จากนั้นเสนอขอความเห็นชอบต่อหัวหน้ากลุ่ม

ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (LTC) โรงพยาบาลสังคม ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

3. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นเข้าสู่ที่ประชุมของคณะกรรมการ LTC ชี้แจงระบบการดำเนินการและการติดตามประเมินผล

4. ประเมินสมรรถนะของทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการประเมินผลที่ได้จากการสังเกตสะท้อนผลการประเมินต่อผู้เกี่ยวข้องและนำไปพัฒนาต่อในวงรอบที่ 2

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 1 คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงใหม่ทั้งแนวทางการปฏิบัติและเอกสารประกอบการใช้แนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลไปถึงชุมชน รวมทั้งประเมินสมรรถนะของทีมที่เกี่ยวข้อง

รอบที่ 2 การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ปรับปรุงใหม่ให้ทีมที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช รวมทั้งจัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับระบบบริการร่วมกัน

2. จัดประชุมชี้แจงระบบงานติดตามเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำชุมชน ร่วมกันจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

4. การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 2 คือ ระบบการติดตามเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำชุมชน รวมถึงการมีฐานข้อมูลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของพัฒนาระบบการดูแลระยะผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ผลลัพธ์ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (N=19)	กลุ่มผู้ดูแล (N=19)
เพศ (ชาย,หญิง)	19(100),0(0)	7 (36.8), 12 (63.2)
อายุ (ปี)	6 6 6 (31.6, 31.6, 31.6), 40 - 49	5 5 (26.3, 26.30), 50 - 59
สถานภาพสมรส	8 (42.1),อยู่ด้วยกันแต่ไม่แต่งงาน	5 (26.3), 6 (31.6) แต่งงาน
ระดับการศึกษา	16 (84.2),ประถมศึกษา	5 (26.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย, 7 (36.8) ประถมศึกษา

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 และกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 อายุกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงใหญ่มีอายุ 40–49 ปี ร้อยละ 31.6 และกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 26.30

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ให้บริการสุขภาพคะแนนเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อและคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับ ดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ให้บริการภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการ พบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (Mean = 4.8 และ Mean = 2.83)

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถโดยรวม (GAF)

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
ความสามารถโดยรวม (GAF)	0	7(36.84)	12(63.16)

จากตารางที่ 3 ระดับความสามารถโดยรวม (GAF) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวม คะแนนหลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติของทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 63.16

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิต (QOL)

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
คุณภาพชีวิต (QOL)	0	8(42.11)	11(57.89)

จากตารางที่ 4 ระดับของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า เพิ่มขึ้นโดยอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.16

ตารางที่ 5 ระดับติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน

การประเมินผล	ระดับ(ร้อยละ)		
	แย่ลง	คงที่	ดีขึ้น
ระดับติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน	0	19(100)	0

ระดับการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวม คะแนนหลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติของทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ดีขึ้นมากที่สุด อยู่ในระดับคงที่คือ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (N=19)

ระดับการประเมิน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	4	21.1	7	36.8
ระดับปานกลาง	5	26.3	12	63.2
ระดับมาก	10	52.6	0	0

ระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการเป็นรายบุคคลโดยภาพรวมคะแนนระดับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.2 รองลงมา ร้อยละ 36.8 ดังแสดงในตารางที่ 6

และความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการสุขภาพในขั้นตอนและกระบวนการดูแล ภายหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยภาพรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (Mean = 4.4 และ Mean = 3.8) ตามลำดับ

วิจารณ์

จากผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า 3 ประเด็นที่สำคัญดังนี้ 1) ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล 2) ด้านความต่อเนื่องการบริหารจัดการ 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ในเรื่องของการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เชื่อมโยง การไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ การไม่ลงบันทึกข้อมูลหลังติดตาม เปลี่ยนผู้ติดตาม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณรัฐ ศรีหารักษา[15] และการศึกษาของ อรพรรณ สุนทวง[7] พบว่าประเด็นคล้ายกัน ได้แก่ ขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ดูแลขาดทักษะการดูแล ไม่รู้บทบาทหน้าที่ตนเอง การขาดการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการบันทึกข้อมูลเพื่อการสื่อสาร ดังนั้นการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12$, $p\text{-value}<0.05$)และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (mean = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21$, $p\text{-value}<0.05$) ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรง ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Crooks and Agarwal[16] ศึกษาลักษณะของความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแลในแนวทางปฏิบัติทั่วไป ของคลินิกบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย ความพร้อมของข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานนั้นนับเป็นพื้นฐานความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแล การให้ข้อมูลต่อเนื่องของการดูแลกลายเป็นสิ่งสำคัญเพราะมีโอกาสที่ผู้ใช้บริการจะไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิม ดังนั้นอุปสรรคต่อการพัฒนาคือการที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้บันทึกข้อมูลการดูแลของผู้ใช้บริการและผู้ใช้บริการสุขภาพขาดความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูล

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเพื่อการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแบบรายกรณี ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประสานความร่วมมือ เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การนำผลไปปฏิบัติ การติดตาม ประเมินผล การปรับปรุงมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจนต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อสรุป หรือแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต (2566) มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

2. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G.(2005). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS on, 10(6), e0128536. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536
3. Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M., Fahy, T., & UK700 Group (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 183, 233–238. https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.233
4. Rao A, Zhang Y, Muend S, Rao R.(2010). Mechanism of antifungal activity of terpenoid phenols resembles calcium stress and inhibition of the TOR pathway. Antimicrob Agents Chemother 54(12):5062-9
5. Holloway, I. and Wheeler, S. (2010) Qualitative Research in Nursing and Health Care. 3rd Edition, Wiley-Blackwell, Chichester.
6. Deming, Edward W (2023). PDSA Cycle.[Internet].The w.edwards deming institute.[cited 2023 April 1]. Available from : https://deming.org/explore/pdsa/.
7. ศิริพรรณ ธนันชัยและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท.วารสารแพทย์นาวี 46(3).536 – 551.
8. Arnetz, J. E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M. J., Ager, J., & Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. Journal of advanced nursing, 71(2), 338–348. https://doi.org/10.1111/jan.12494
9. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings. British Psychological Society (UK).
10. กรมสุขภาพจิต (2566) รายงานการเข้าถึงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. ที่มา https://dtc.dmh.go.th/AccessHealthServices/ReportView?reportCode=2095463c-c456-4192-ad60-2a3d34baaa8f
11. กลุ่มภาระกิจการพยาบาล.(2566).รายงานสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.เลย
12. กลุ่มงานสารสนเทศ. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังคม. อุดรธานี
13. วิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์ สมจิต แดนสีแก้ว สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.2547.การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในชุมชน.ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 1-9.
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2547).รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566).การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.8(1):436-447.

16. Crooks, V. A., & Agarwal, G. (2008). What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. BMC family practice, 9, 65. https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-65