

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

สมถวิล แพรชาว ส.บ.*

ธิดารัตน์ ห้วยทราย พย.ม.**

บทคัดย่อ

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใด เพราะพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลเมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิตเป็นกรอบในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 50 คน ของอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง 3) แบบวัดความรู้ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติแบบพหุคูณไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ ($\bar{X} = 15.96$, S.D. = 1.94) สูงกว่าก่อนการอบรม ($\bar{X} = 11.91$, S.D. = 2.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.61) จึงควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินนี้ไปต่อยอดในการพัฒนาต่อเนื่อง ขยายผลการใช้รูปแบบในเครือข่ายอื่นและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองออนไลน์ (e-Learning) และฝึกปฏิบัติจริง

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

Development of Care Model for Emergency Psychiatric Patients at Thapla District, Uttaradit Province

Somthawin Phraekhao B.P.H.*

Thidarat Huaisai M.N.S.**

Abstract

Emergency psychiatry is a behavior that must be treated immediately to save the patient and surrounding people from danger. This research and development study was designed to develop the care model for emergency psychiatric patients and to assess the result of model implementation when person confronts with psychiatric emergency. The action guidelines and output of research and technology development from department of mental health were applied as a conceptual framework for the care model development. The studied samples were 50 worker of the emergency action team in Thapla district, Uttaradit province. The research was conducted from June to December, 2021. The research tools were 1) personal data questionnaire, 2) semi-structure interview form, 3) the knowledge measurement form and 4) the satisfaction questionnaire. The reliability of research instruments tested using the Cronbach's alpha coefficient was 0.87. Data were analyzed using the descriptive statistics and dependent t-test. A p-value less than 0.05 were statistically significant. The qualitative data was analyzed by content analysis.

The result indicated that after training for competency development, the mean knowledge score of the personnel of emergency action team ($\bar{X} = 15.96$, S.D. = 1.94) was significantly higher than that of pre-training ($\bar{X} = 11.91$, S.D. = 2.31) ($p < 0.01$). The satisfaction of the worker of the emergency action team on this care model for emergency psychiatric patients was in a very good level ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.61). Therefore, this care model for emergency psychiatric patients should be further extended to continuous development, broadened its application in other network and competency development of the personnel of emergency action team using the self e-learning and practicing.

Keywords: Care model, Emergency psychiatric patients

* Public Health Technical officer (Professional Level), Uttaradit Provincial Public Health Office

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Emergency Psychiatry) เป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการจัดการทางจิตเวชอย่างทันทีทันใด เป็นอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้อื่น พฤติกรรมที่ถูกจัดให้เป็นปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช ได้แก่ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Suicidal behavior and self-harm behavior) พฤติกรรมก้าวร้าว (Violent behavior) และการข่มขืน (Rape) ที่พบมักมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองประมาณ ร้อยละ 30 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 20 ผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางอารมณ์ (Mood disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคของการใช้สาร (Substance use disorders)¹ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอาการสำคัญที่นำมาถึงร้อยละ 81.97 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล² นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นเหตุทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ในผู้ป่วยเสพยาเสพติด เนื่องจากขณะเสพยาเสพติดจะมีอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง แต่เมื่อขาดยาจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เหงา หดหู่ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะเฉยเมยเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคม จนกระทั่งไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจจะมีอาการวิตกกังวลและความรู้สึกหวาดระแวงมากจนมีอาการทางจิตและฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตร่วมด้วยจะมีโอกาสฆ่าตัวตายมากขึ้น³ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 พบมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยทำงาน มีอายุช่วง 23–59 ปี รองลงมา เป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15–22 ปี อุบัติการณ์โดยเฉลี่ย 736 รายต่อเดือน หรือ 24 ราย/วัน⁴ จังหวัดอุดรดิตถ์ อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 จากข้อมูลการสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2563 ได้แสดงข้อมูลของอำเภอท่าปลาที่น่าสนใจ ดังนี้ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด จำนวน 8 ราย คิดเป็น 18.31 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน มีจำนวน 1,031 ราย คิดเป็น 2,358.89 ต่อแสน

ประชากร จากผลการสำรวจกลุ่มเสี่ยงต่อการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ทำลายสิ่งของ ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ เป็นเพศชายจำนวน 682 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.2 อายุอยู่ระหว่าง 41–50 ปี จำนวน 284 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.6 ลักษณะอาการที่มีแนวโน้มต่อการเข้าสู่ภาวะจิตคลุ้มคลั่งมากที่สุด คือ ผู้ป่วยจิตเวชเก่า จำนวน 633 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมา คือ ดื่มสุรา เมาอาละวาด และพฤติกรรมรุนแรง ตามลำดับ⁵ ด้วยเหตุผลนี้จึงเลือกพื้นที่อำเภอท่าปลาทำการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเมื่ออยู่ในสภาวะปกติ บุคคลเหล่านี้คือส่วนหนึ่งของชุมชนที่สามารถร่วมกิจกรรมมีส่วนผลักดันให้ชุมชนเกิดการพัฒนา และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่เมื่อมีสิ่งกระตุ้นมากระทบ อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างเฉียบพลัน ทำให้แสดงอาการก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง อาละวาด โวยวาย รวมไปถึงการทำร้ายร่างกายตนเอง คนรอบข้าง และวัตถุสิ่งของ จึงมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยญาติหรือคนใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมแกนนำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และตำรวจ เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวัง และเข้าให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น⁶ ซึ่งการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ญาติ แกนนำชุมชน หรือตำรวจ จะใช้บริการผ่าน 1669 ถึงร้อยละ 80.4⁴ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เกิดอาการจนนำส่งสถานพยาบาลอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและผู้นำส่ง อีกทั้งการเข้าระงับเหตุอย่างทันที่

จากข้อมูลดังกล่าว นำสู่การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทของพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย มี 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นการศึกษาสภาพการณ์โดยที่ยังไม่มีกิจกรรมเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ และ 2) การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพัฒนารูปแบบและกลวิธีที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำงานร่วมกัน

ของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพจิตชุมชน⁷ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลเมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิตเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการดูแล อันเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินครอบครัวและชุมชนได้รับความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในการดูแลขณะเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ทำการศึกษาในพื้นที่ อ.ท่าปลา จ.อุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต⁸

ประชากร คือ ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 50 คน ประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 14 คน กลุ่มปลัดอำเภอ/ตำรวจ/อส. 12 คน กลุ่มผู้นำชุมชน/ส่วนท้องถิ่น 10 คน และกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 14 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เอกสารรับรองหมายเลข UOHO REC 025/64 คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยถึงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการ

เข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความจำนงในการให้ข้อมูลในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน และตำแหน่งในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในจิตเวช ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (index of item objective congruence, IOC) เท่ากับ 0.97 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนเต็ม 4 รวมคะแนนเต็ม 36 คะแนน แปลผลคะแนน 1.00-4.00 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินต่อการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในจิตเวช ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ (knowledge measurement) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และทักษะปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในจิตเวช ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

วิธีการดำเนินการวิจัย มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ สภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาจัดการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน เพื่อปรับระบบบริการเมื่อเกิดภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ โดยการนำเครื่องมือหาค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้ในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการ 1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน เกี่ยวกับการสร้างความตระหนัก การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น ทักษะการพูดเกลี้ยกล่อม การผูกมัดอย่างปลอดภัย และเทคนิคการป้องกันตัว และ 2) ชี้แจงทำความเข้าใจในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้จริงในเมื่อเกิดเหตุ

ขั้นตอนที่ 6 หลังจากประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้ในพื้นที่ทั้งอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 7 ชุมชน ได้มีการขยายผลโดย

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปยังพื้นที่อื่น ๆ ภายในจังหวัดอุตรดิตถ์

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ระดับความสามารถโดยรวมของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และประเมินความพึงพอใจ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator) และมีผู้ช่วยจดบันทึกเนื้อหา (note taker) ตลอดจนบันทึกเสียง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม อธิบายให้เห็นความสำคัญจากผลที่คาดว่าจะได้รับจากการสนทนากลุ่ม ตลอดจนการขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม ดำเนินการโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.)

2. เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติแบบที่ชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.00 อายุเฉลี่ย 42.18 ปี (S.D. = 5.66) สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในตำแหน่งอาสาสมัครกู้ชีพ ประสบการณ์ปฏิบัติงานฉุกเฉินเฉลี่ย 4.32 ปี (S.D. = 6.36) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยและสังคม แม้ว่าจะงานนี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตราย ต้องมีสติ ความอดทน ความพยายามและการตัดสินใจที่รวดเร็ว เพราะหากยิ่งปล่อยให้เวลาผ่านไปนาน

อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นทีมผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ขั้นตอนการดูแลส่งต่อ อีกทั้งต้องอาศัยการ

ประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ผลการศึกษา ขั้นตอนแรกในการศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนา สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนา

สภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหา	ความต้องการในการพัฒนา
1. สภาพการณ์ปัจจุบันพบว่า 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบสาเหตุจากการขาดยา ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1.2 ญาติหรือผู้ดูแล พร่องความรู้ และขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน มีดังนี้ 2.1 ผู้ดูแลหรือบุคคลรอบข้าง ไม่ทราบว่าจะต้องติดต่อหรือประสานงานกับหน่วยงานใดก่อนเมื่อเกิดเหตุ 2.2 บุคลากรพร่องความรู้ทักษะเฉพาะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2.3 การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ไม่ชัดเจนระหว่างทีม 2.4 ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน 2.5 ขั้นตอนในการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน เข้าใจยาก ส่งผลให้การปฏิบัติงานหรือการประสานไม่ราบรื่น	1. การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน เพื่อให้การดูแลตามความจำเป็นเร่งด่วนอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน 2. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 3. ทักษะที่ต้องการรับการพัฒนาคือ 3 ทักษะ คือ การเจรจาต่อรอง การป้องกันตัว และการผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างปลอดภัย 4. อุปกรณ์สนับสนุนที่เพียงพอต่อการใช้งาน 5. การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และรายงานข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชมีสัญญาณเตือนที่จะเกิดอาการรุนแรง 6. การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

หลังจากมีการสำรวจสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนา ได้นำข้อมูลมาประชุมระดมสมองกับทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ต่อมาได้มีการประชาสัมพันธ์

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินนี้ พร้อมทั้งจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงาน และมีการประเมินคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ก่อนและหลังการอบรม (n = 50)

คะแนนเฉลี่ยความรู้	\bar{X}	S.D.	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการอบรม	11.91	2.31	4.06	12.99	0.001
หลังการอบรม	15.96	1.94			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการอบรม ($\bar{X} = 15.96, S.D. = 1.94$) สูงกว่าก่อนการอบรม ($\bar{X} = 11.91, S.D. = 2.31$) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.01$) ภายหลังจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้จริง ผลการประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของ ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน แสดงดังตารางที่ 3
 ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
 (n = 50 คน)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	3.04	0.60	มาก
2. สามารถนำไปปฏิบัติในการทำงานได้จริง	3.04	0.60	มาก
3. ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ	3.04	0.60	มาก
4. สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการดูแลผู้ป่วย	3.10	0.65	มาก
5. เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	3.10	0.65	มาก
6. ช่วยให้หน่วยงานได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่คุ้มค่า	3.08	0.60	มาก
7. ทำให้อุบัติการณ์ได้รับบาดเจ็บจากการดูแลลดลง	3.10	0.65	มาก
8. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นได้	3.18	0.56	มาก
คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย	3.08	0.61	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 3.08, S.D. = 0.61) แสดงว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติในการทำงานได้จริง มีประสิทธิภาพ และผลจากการฝึกอบรมทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ลดความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ที่จะได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน และเห็นว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ทันที ทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกให้ความช่วยเหลือรวดเร็ว ทำให้รู้สึกคลายความกังวลและความกลัว และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี

วิจารณ์และสรุป

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ นำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว และถูกต้องภายใต้ความปลอดภัยของทุกฝ่าย พร้อมทั้งการป้องกันการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ นับว่าเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยการเชื่อมต่อกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยเริ่ม

จากการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มี 4 ประเด็นที่น่าสนใจ คือ 1) การบริหารจัดการขณะเกิดเหตุ 2) การพัฒนาบุคลากร 3) รูปแบบการดูแล และ 4) อุปกรณ์ และมีความต้องการในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลที่นำไปปฏิบัติได้จริง 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) การสนับสนุนอุปกรณ์ 4) การมีส่วนร่วมจากชุมชนในการเฝ้าระวัง และ 5) การออกติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวและชุมชนยังไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือ ขณะเกิดเหตุ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินได้รับบาดเจ็บโดยมีสาเหตุจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นชัดเจน ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและอยู่ร่วมกับชุมชนได้^{9,10,11,12} จากผลการศึกษาครั้งนี้ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด จึงมีการจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในพื้นที่จริง

2. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉิน เมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

ภายหลังจากจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉิน ได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานใน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และชี้แจงทำความเข้าใจการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้จริง ส่งผลให้ผู้
ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมีความรู้ มีทักษะที่
จำเป็นในการปฏิบัติงาน มีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน
และประสานงานเป็นทีมที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย
เพราะการพัฒนาศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน
มีความรู้ เข้าใจ และสามารถให้การดูแลอย่างถูกต้อง^{2,10} ทั้งนี้เมื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน
ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินพบว่า อยู่ในระดับ
มาก แสดงถึงว่าผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ได้จริง มี
ประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท ลดความเสี่ยงต่อการ
เกิดอันตรายเมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ดังนั้น
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจึงก่อให้เกิดผลดีต่อ
คุณภาพการปฏิบัติงานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การพัฒนารูป
แบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล
ที่ถูกต้อง^{11,13,14} และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้
ปฏิบัติงานทำให้มีความรู้ ทักษะดี ความเชื่อมั่นสูงขึ้น
การรับบาดเจ็บขณะเผชิญเหตุลดลง^{12,15} นอกจากนี้ยัง
ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของ
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ว่า เมื่อ
ญาติเห็นว่าผู้ป่วยปลอดภัย ญาติจะเกิดความเชื่อมั่น
ศรัทธาในบุคลากร¹⁰ จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชฉุกเฉินเป็นรูปแบบการดูแลหนึ่งที่น่าไปใช้ในการ
ปฏิบัติจริงได้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล
และ ผู้ปฏิบัติงาน สำหรับหน่วยงานมีแนวปฏิบัติเดียวกัน
ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการ
ฉุกเฉิน

3. สรุป ที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินใน
ระบบบริการสาธารณสุขมักดำเนินการจากบุคลากร
สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ จากผลงานวิจัยนี้พบว่า การ
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยการมีส่วน

ร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนมาร่วมกัน
วิเคราะห์สถานการณ์ สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินและชี้แจงทำความเข้าใจให้สามารถนำไปใช้ได้จริง
ในบริบทของพื้นที่ อีกทั้งเพิ่มการพัฒนาศักยภาพให้กับ
ผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ทำให้เกิดความ
ปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง สิ่งแวดล้อม และ
ผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ส่งผลกับ
ความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแล ชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน
นอกจากนั้น สิ่งตามมาคือการนำไปใช้หรือขยายผลต่อ
ในพื้นที่ใกล้เคียงโดยการประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของ
พื้นที่ตนเอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ
ที่จำเป็นของบุคลากรในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในรูปแบบ
ระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองออนไลน์ (e-learning)
2. ควรมีการฝึกทักษะปฏิบัติการจริง แล้ววัดผล
ทักษะนั้นหลังการฝึกปฏิบัติ
3. ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขา
วิชาชีพ เพื่อจะได้ประเมินผลการทดสอบความรู้หรือ
ทักษะที่จะนำไปใช้จริง
4. ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินไปเผยแพร่ขยายผล ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ
พื้นที่ ทบทวนปรับปรุงให้ทันสมัยหรืออย่างน้อยทุก 2-3
ปี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ และศึกษา
ความยั่งยืนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในชุด
ปฏิบัติการฉุกเฉินภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชฉุกเฉินตามบริบทของหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและทีมงาน
เครือข่ายระบบสุขภาพ เครือข่ายชุมชน อำเภอท่าปลา
จังหวัดอุตรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและ
สนับสนุนให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, กัทรี พหลภักย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิรินภา อภิลิทธิภิญโญ, จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2560.
2. พยุงศักดิ์ ผางแก้ว, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(1):53-69.
3. Beck AT. Depression Inventory II. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 1979.
4. พรทิพย์ วชิรดิถก, ชีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(2):69-83.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2563. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์; 2564.
6. พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; 2563.
7. หยกฟ้า เฟิงเลีย และคณะ. การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจirim อำเภอบ้านดง จังหวัดอุดรดิตถ์. ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561;26(3):186-196.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการทำงาน. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
9. พรทิพย์ วชิรดิถก, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ชีระ ศิริสมุด, อัญชุลี เนื่องอุดม. การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตกลุ่มคลังแบบบูรณาการในประเทศไทย. รายงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
10. รุจิรา อากาบุษยพันธ์, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ญาดา จันประชา, จรุงรักษ์ ยี่ภู, ธัญญาสิงห์โต. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด. ว. พยาบาลทหารบก 2562;20(1):72-82.
11. กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดชัยภูมิ. ว. เกษตรกรรมไทย 2562;11(2):457-469.
12. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดา น่านา, ชีราภา ธานี, สุภาพร จันทรสาม. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 10. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2560;26(3):207-219.
13. ไพจิตร พุทธรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. ว. วิชาการสาธารณสุข 2561; 27(3):478-486.
14. Parker SD, Arnautovska U, Siskind D, Dark F, McKeon G, Korman N, et al. Community-care unit model of residential mental health rehabilitation services in Queensland, Australia: predicting outcomes of consumers 1-year post discharge. Epidemiol Psychiatr Sci 2020;29:e109.
15. เครือวัลย์ แห่งชาติ, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ทศพล อะกะเรื่อน. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ในหอผู้ป่วยจิตเวชวิกฤต. รายงานวิจัย กลุ่มภารกิจทางการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.