

## ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วม ทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

### The Results of Developing a Case Management Model to Reduce Recurrent Violence in Addicted Patients with Co-occurring Mental Disorders and High Risk of Violence.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิภาวัล บุญทับถม<sup>1</sup> วิมลพรรณ โชติแสงทอง<sup>1</sup> สุกุม่า แสงเดือนฉาย<sup>1</sup>

Nipawan Boontabthom<sup>1</sup> Wimonphan Chotsaengtong<sup>1</sup> Sukuma Saengduenchai<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) พยาบาลผู้จัดการ (Nurse Case Manager) 2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Collaboration) และ 3) แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ 30 คนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ 30 คน 2) ญาติผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้บริหาร (3) แบบสอบถามความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ และ (5) แบบบันทึกการก่อความรุนแรง ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนวันนอนด้วยสถิติ T-test Independence วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (2) การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (3) แผนการดูแลผู้ป่วยผลของการใช้รูปแบบฯ พบว่า ความพึงพอใจและการยอมรับของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.48, SD = 0.18$  และ  $M = 4.25, SD = 0.20$ ) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.71, SD = 0.31$  และ  $M = 4.51, SD = 0.38$ ) ตามลำดับด้านคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่า อัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U=300, Z=-2.66, p=0.008, r=0.343$ ) และ ( $U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45$ ) ส่วนผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระบอบบำบัดยาเสพติด พบว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลก่อนใช้รูปแบบฯ มีจำนวนวันนอนในระบอบบำบัดยาเฉลี่ย 32.10 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนวันนอนในระบอบบำบัดยาเฉลี่ย 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.136, p < 0.001$ )

**คำสำคัญ:** รูปแบบการจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยเสพติด, โรคร่วมทางจิตเวช, ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, การก่อความรุนแรงซ้ำ

#### Abstract

This Research and Development (R&D) design study aimed to develop and examine the effectiveness of a specialized Case Management Model based on Powell's Case Management framework (comprising 1) Nurse Case Manager, 2) Interdisciplinary Collaboration, and 3) Clinical Pathway) to mitigate the recidivism of violence in patients with Substance Use Disorders (SUD) and co-occurring psychiatric conditions who present a high risk of violence.

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

The research was conducted in four phases. Participants were selected via purposive sampling from the dual-diagnosis, high-risk addiction wards at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. The sample included 60 high-risk patients (divided into n=30 pre-implementation and n=30 post-implementation groups) and 30 family members of patients. Data collection occurred between October 2024 and September 2025.

Research instruments included: (1) Semi-structured focus group interview guide; (2) Semi-structured interview form for administrators; (3) Nurse satisfaction/acceptance questionnaire (4) Patient/family satisfaction questionnaire and (5) Violence incident record form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the independent t - test (for length of hospital stay), and the Mann-Whitney U Test (for repeat violence rates). Qualitative data utilized content analysis. The developed model successfully integrated the three core components. Implementation outcomes indicated a very high level of nurse satisfaction (M = 4.48, SD = 0.18) and acceptance (M = 4.25, SD = 0.20). Patient and family satisfaction with nursing care was rated at the highest level ( $M_{\text{patient}} = 4.71$ , SD = 0.31;  $M_{\text{family}} = 4.51$ , SD = 0.38). Effectiveness analysis demonstrated that rates of repeat violence in the post-implementation group were significantly lower compared to the pre-implementation group, both in the inpatient unit (U = 300, Z = -2.66, p = 0.008, r = 0.343) and within one month after discharge (U = 255, Z = -3.49, p < 0.001, r = 0.45). Furthermore, the average length of hospital stay was significantly reduced from 32.10 days (pre-implementation) to 27.50 days (post-implementation) (t = 4.136, p < 0.001). The findings support the developed case management model's effectiveness in reducing violent recidivism and shortening hospital stay for this high-risk population.

**Keywords:** case management model, Patient with substance use disorder, co-occurring psychiatric disorder, high risk for violence, repeat violence.

## บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี 2566 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก มีการใช้ยาเสพติด<sup>1</sup> คิดเป็น 23 % เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา ส่วนในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติด อย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาเพียง 127,425 คนเท่านั้น<sup>2</sup> ปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและยังมุ่งเน้นการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติดยา คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม<sup>3</sup>

ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด ร่วมกับการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) การติดยาเสพติดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยตรง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัย และไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388 ราย 47,905 ราย และ 53,420 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91, และ 26.99 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจิตเวชที่พบร่วมกับปัญหาการติดยา

เสพติด ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าจากการใช้สารกระตุ้น<sup>4,5</sup> สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดในกรมสุขภาพจิตสะสมตั้งแต่ปี 2559 -2565 จำนวน 27,518 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 7,773 ราย และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบใน 4 อันดับโรค ได้แก่ โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชยาเสพติดและโรคจิตเวชอื่นๆ ส่งผลให้การบำบัดรักษาที่มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา 30-35 วัน ฟันฟูได้ล่าช้า เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทะเลาะวิวาท ก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 17.01<sup>6</sup> และยังพบว่าการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและทำลายทรัพย์สิน<sup>7</sup> นอกจากนี้ การเสพยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีนจะยิ่งทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้น เพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ได้ เพิ่มความวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีความเสี่ยง ทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย<sup>8</sup> ซึ่งปัจจัยที่ทำให้้อัตรการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับรู้ความเจ็บป่วย และปัญหาการใช้ยาเสพติด<sup>10</sup> ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงยังไม่ชัดเจน ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ยังไม่มั่นใจและมีความกังวลในการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ จึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดหรือป้องกันความเสี่ยงการเสพติดซ้ำ การก่อความรุนแรงซ้ำ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงมี

ความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้มีคุณภาพและมีผลดีต่อการฟื้นฟูทางคลินิก มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพตามแผน การดูแล (Clinical pathway) โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Nurse Case manager) มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย<sup>10,11</sup> และที่สำคัญคือรูปแบบ การดูแลรายกรณียังมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญที่กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม การดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เสพติด<sup>12</sup> ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต ลดวันนอนในโรงพยาบาล ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำและส่งเสริมให้หยุดใช้ยาเสพติด

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.1 ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพ

ติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.2 ด้านผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.3 ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวน วันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา

### วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (R&D) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือระยะ ที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ (R1) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบเป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ และระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ โดยระยะที่ 1-2 เป็นกระบวนการ พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่3-4 เป็นการประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือน กันยายน 2568

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยระยะที่ 1-2 ดังนี้

**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วย 1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เผยแพร่แบบสิ่งพิมพ์และในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2) การศึกษาสถานการณ์ บริบทและแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการ ผลกระทบ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาล จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบัน

บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สбыช.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 1,470 คน 3) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบ ฯ โดยสนทนากลุ่มกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงใน สбыช. จำนวน 12 คน ใช้เวลาในการสนทนา 60 นาที และสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์บริหารการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 8 คน โดยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา จากนั้นทำการถอดเทปสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ทุกคำพูดนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Content Analysis: TCA) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การจัดกลุ่มรหัส การกำหนดธีม การตรวจสอบและกำหนดชื่อธีม มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบ มี 3 ขั้นตอนย่อย

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยร่างรูปแบบเบื้องต้น ซึ่งเป็นร่างรูปแบบที่ 1 โดยนำข้อมูล ผลการศึกษาจากการวิจัยระยะ ที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ (Model Evaluation) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) เท่ากับ 1.00 ภายหลังจากตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบที่ 1 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทดลองใช้ร่างรูปแบบ ฯ ที่ 2 กับกลุ่มเป้าหมาย (pilot study) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. จำนวน 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมและคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบ ฯ ซึ่งมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิด้วย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบ ฯ ที่ 2 หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จนได้ร่างรูปแบบ ฯ ฉบับสมบูรณ์

**ระยะที่ 3** นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล โดยดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ลักษณะเชิงเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วย เพชร 1 สบยช. จำนวน 12 คน เป็นผู้ใช้รูปแบบดังกล่าว เก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

**ระยะที่ 4** ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ ฯ มีการดำเนินการ ดังนี้ (1) ประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 3 ด้าน คือ 1.1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น 1.2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลรูปแบบ ฯ 1.3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา (2) การนำผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิง

คุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกัน (Triangulation) โดยการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม และยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบ ฯ (3) ปรับปรุง แก้ไขรูปแบบ ฯ และจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบ ฯ ฉบับสมบูรณ์ จนได้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความเหมาะสม กับบริบทของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสามารถขยายผลการนำรูปแบบ ฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลอัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่งได้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัวใน หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ณ หอผู้ป่วยเพชร 1

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเสฟติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยเพชร 1 สบยช. แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) จำนวน 30 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น (prospective group) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power version 3.1 มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.6 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง  $\alpha$  เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ( $1-\beta$ ) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) เป็นผู้ป่วยเสฟติดเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย จนครบทุกระยะ แพทย์ให้การวินิจฉัย substance use disorders with SMI-V (4) สมัครใจเข้าร่วมการ

ศึกษาวิจัย และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เป็นกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

1.1 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาจำนวน 9 ข้อ

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการแพทย์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ<sup>13</sup> ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำ ในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ ด้านการพยาบาลตามรูปแบบ ฯ และด้านการยอมรับรูปแบบ ฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมากและมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบ ฯ รวม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ 1.1 , 1.2 และ 2.4 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และเครื่องมือวิจัยที่ 2.1, 2.2 และ 2.3 มีความเที่ยงโดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 , 0.74 และ 0.74 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลต่อรูปแบบฯ การยอมของ พยาบาลต่อรูปแบบฯ ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาล ระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ t-test Independence เนื่องจากเป็นการ เปรียบเทียบวันนอนในโรงพยาบาล ระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ

3. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการก่อความรุนแรง ซ้ำด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากเป็น การเปรียบเทียบ ความแตกต่างอัตราการก่อความ รุนแรงซ้ำของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ และกลุ่มหลังใช้ รูปแบบฯ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ได้เป็นการแจกแจงแบบ ปกติ (non-parametric test)

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรม ราช ชนนี้ รหัสโครงการวิจัยที่ 67015 เอกสาร ใบรับรองเลขที่ 003/2568 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2567

### ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพ ปัญหาและความต้องการ จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการรายกรณีเพื่อลด การก่อความรุนแรงซ้ำ ในผู้ป่วยเสพยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามบริบท ของ สบยช. ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิด สู่การปฏิบัติของจินตนา ยูนิพันธ์และอัญชัญ ไพบุลย์ Case management: a practice guide to success in managed care ของ Powell, SK. แนวทางการดูแลผู้ป่วย จิตเวชสุรา ยา สารเสพติดที่

มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรม สุขภาพจิต ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติด ของ สบยช. แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนานวัตกรรม Borg Model และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการราย กรณีในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความ เสี่ยงก่อความรุนแรง ร่วมกับการศึกษาสถานการณ์ บริบท และแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยเสพยาที่มี โรคร่วมทางจิตเวชและมีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยใน สบยช. โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย จำนวน 1,470 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ก่อ ความรุนแรง มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรงหรือ ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ร้อยละ 17.71 มีอาการหลง ผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เอะอะอาละวาด ทำร้ายบิดามารดา หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย พกพาอาวุธ ตะโกนส่งเสียงดัง ด่าคำหยาบคาย ร้อย ละ 80.86 และเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง ร้อยละ 0.23 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ โดยสนทนากลุ่ม พบประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความรุนแรงที่เปลี่ยนแปลงและผลกระทบในกลุ่ม ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีลักษณะ พฤติกรรมที่ซับซ้อนและท้าทายระบบบริการ สุขภาพ การดูแลมีข้อจำกัดขาดการเชื่อมโยง ระหว่างบริการบำบัดยาเสพติดและบริการจิตเวช และยังไม่มีแนวทางการจัดการที่เป็นมาตรฐานที่ ชัดเจน (2) กลยุทธ์การดูแลแบบองค์รวมและการ จัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพยาที่มีโรคร่วมทางจิต เวชซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพฤติกรรม มี ปัญหาจิตเวชและการใช้ยาเสพยายังไม่สามารถ ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบทั่วไป หรือการ ดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) อุปสรรคและความ ท้าทายในการดูแล ยังขาด การบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวยุติและเครือข่ายชุมชน (4) เส้นทางการ เสริมสร้างทักษะและความเข้มแข็งส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วย พบปัญหาการขาดความมั่นใจในตนเองและการรับรู้ศักยภาพของตนเองในเชิงบวก และ (5) ปัจจัยเกื้อหนุนต่อคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายและความเข้าใจ ที่สอดคล้องระหว่างทีมดูแล ครอบครัวและตัวผู้ป่วย

นอกจากนี้ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเสพยา ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของ สบยช.เอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ซึ่ง ทำ หน้าที่ ตาม กระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดของพาวเวลล์ ได้แก่ 1. การคัดเลือกผู้ป่วย 2. การประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา 3. การวางแผนและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 4. การปฏิบัติและการกำกับปฏิบัติตามแผนการดูแล (Clinical pathway) 5. การประเมินผลและการติดตามผล และ 6. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบที่ 2 การประสานความร่วมมือของทีม สหสาขาวิชาชีพ (collaboration practice) โดยกำหนดทีม ที่ต้องรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแล

ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว และชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยยา เสพติดในแต่ละช่วงเวลาของสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและแนวทางการแก้ไขที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ โดยมีประเด็นการดูแลที่สำคัญ 8 ประเด็น คือ 1) การประเมิน 2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ยาและการบำบัดรักษา 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) อาหาร 6) กิจกรรมผู้ป่วย 7) การส่งปรึกษา และ 8) แผนการจำหน่าย

ระยะที่ 3 การตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพยา ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

3.1 ด้านผู้ป่วยเสพยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD=8.50) ส่วนมากจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 60 มีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 53.3

3.1.1 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $U=300, Z=-2.66, p=0.008, r=0.343$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

| กลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n) | จำนวนอุบัติการณ์ | ร้อยละ | $\bar{x}$ | S.D.  | Min | Max | U   | Z     | p-value | Effect Size (r) |
|---------------|-----------|------------------|--------|-----------|-------|-----|-----|-----|-------|---------|-----------------|
| ก่อนใช้รูปแบบ | 30        | 24               | 80.00  | 0.800     | 0.407 | 0   | 1   |     |       |         |                 |
| หลังใช้รูปแบบ | 30        | 14               | 46.67  | 0.467     | 0.507 | 0   | 1   | 300 | -2.66 | .008    | 0.343           |
| ความแตกต่าง   | -         | 10               | 33.33  | 0.333     | -     | -   | -   |     |       |         |                 |

3.1.2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U=255, Z=-3.49, p<0.001, r=0.45) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย Mann-Whitney U test

| กลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n) | จำนวนอุบัติการณ์ | ร้อยละ | $\bar{x}$ | S.D.  | Min | Max | U   | Z    | p-value | Effect Size (r) |
|---------------|-----------|------------------|--------|-----------|-------|-----|-----|-----|------|---------|-----------------|
| ก่อนใช้รูปแบบ | 30        | 17               | 56.67  | 0.567     | 0.504 | 0   | 1   |     |      |         |                 |
| หลังใช้รูปแบบ | 30        | 4                | 13.33  | 0.133     | 0.346 | 0   | 1   | 255 | 3.49 | <.001   | 0.45            |
| ความแตกต่าง   | -         | 13               | 43.34  | 0.434     | -     | -   | -   |     |      |         |                 |

3.1.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 32.10 วัน ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในระยะบำบัดยาของ

กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 27.50 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.136, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในระยะบำบัดยา ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (n=60) ด้วย T-test Independence

| กลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n) | $\bar{x}$ | S.D. | SE   | Min | Max | t    | df | p-value |
|---------------|-----------|-----------|------|------|-----|-----|------|----|---------|
| ก่อนใช้รูปแบบ | 30        | 32.10     | 4.53 | 0.83 | 21  | 42  |      |    |         |
| หลังใช้รูปแบบ | 30        | 27.50     | 4.07 | 0.74 | 20  | 36  | 4.14 | 58 | < .001  |

3.1.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.71, SD = 0.31)

3.2 ด้านญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี (SD=10.29) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 และมีสถานะทางการเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.7

3.2.1 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดต่อการดูแลของพยาบาลตามรูปแบบที่อยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.51 คะแนน (SD 0.38)

3.3 ด้านพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD=8.8) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.33 และระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.67 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 6 คน คิด

เป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นระดับปฏิบัติการ และชำนาญการพิเศษ ระดับละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเฉลี่ย 9.17 ปี (SD= 4.1) มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.48, SD = 0.18) และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับต่อรูปแบบที่อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (M = 4.25, SD = 0.20)

**ระยะที่ 4** ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การประเมินผลหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระยะบำบัดยาได้ ผลจากการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเพียงการปรับปรุงแก้ไขความ

ถูกต้องของการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ตามคำแนะนำจนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ รวมทั้งจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯ และวางแผนขยายผลการการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ภูมิภาค 6 แห่ง

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่องภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ทดลอง ปรับปรุงรูปแบบฯ และกระบวนการประเมินผล ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาล ได้แก่ การยอมรับและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ 2) ด้านผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบฯ 3) ด้านคุณภาพ ได้แก่ ลดอัตราการก่อกวนรุนแรงซ้ำในหอผู้ป่วย ลดอัตราการก่อกวนรุนแรงซ้ำในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระยะบำบัดยา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการจัดการรายกรณี ที่เป็นแนวทางการจัดบริการเชิงจัดการ (Managed care) ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลา ที่กำหนด ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงาน สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณัฐ บุญ-หลง<sup>15</sup> ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยาย

หลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบฯ พบว่า มีการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การพัฒนารูปแบบฯ ทดลอง ปรับปรุงและประเมินผล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า มีภาวะเสี่ยงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI V) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส โพธิ์หล้า<sup>16</sup> ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา และมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย คือ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับวุฒิชัย ชวนชนก<sup>17</sup> ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้านคำพูด สอดคล้องกับผกามาศ สุทธิติวินช และสันติภาพ คงนาวัง<sup>18</sup> ซึ่งทำการศึกษารูปแบบฯ สมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโรงพยาบาลชัยภูมิ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติดของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า การใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตของผู้เสพและเป็นสาเหตุนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นได้ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสอดคล้องกับปรียานุช ชื่นตา<sup>19</sup> ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม

ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล สอดคล้องกับพินณรัฐ ศรีหรรษา<sup>20</sup> ซึ่งได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมใน ชุมชน การกินยาที่ไม่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลยังไม่ เข้าใจในการดูแล ระบบการติดตามยังไม่มี ประสิทธิภาพเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สินิทธิ์ อนันท์วัฒน์<sup>21</sup> ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นอกจากนี้ พบว่ารูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการรายกรณี ประกอบด้วยพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชินทร์ นรสารและ วิไลวรรณ วัฒนานนท์ , อุไร ดวงแก้ว และอภิญา จำปามูล, นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปิพิญา ทวีเศษ และ พรเลิศ ชุ่มชัย<sup>22,23,24</sup> พยาบาลผู้จัดการรายกรณี : บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะเวลาวันนอน ค่าใช้จ่ายใน โรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขา วิชาชีพ และศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อ ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ เสี่ยงก่อความรุนแรง

หลังใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วย เสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง มีอัตราการก่อความรุนแรง ซ้ำในหอผู้ป่วยและอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำหลัง จำหน่าย 1 เดือนต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ จำนวน วันนอนในระยะเวลาบำบัดยาน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่ พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาล วิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบฯอยู่ในระดับมาก ที่สุด และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับรูปแบบฯ อยู่ใน ระดับมากที่สุดเช่นกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการ จัดการรายกรณีเพื่อลดการก่อความรุนแรงซ้ำใน

ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยง สูงต่อการ ก่อความรุนแรง มีความเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ลดการก่อความรุนแรงซ้ำทั้งใน โรงพยาบาลและ ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สอดคล้องกับปัทมาพร ชนะมาร และทศพร ทองย้อยและ คณะ<sup>25,26</sup> ซึ่งทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี ควรมีนโยบายกำหนดให้ รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวทางหลักที่ใช้ใน การดูแลผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระยะบำบัด ยา โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข จัดทำระบบการ ติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะ ยาว และควรมีการขยายผลโดยการนำรูปแบบไปใช้ ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มธัญญารักษ์ 6+1

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดการใช้รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเสพติดระยะฟื้นฟู สมรรถภาพทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยง สูงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความ กรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัย ขอ กราบขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย- พานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุน งานวิชาการ กรมการแพทย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการ

ดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

#### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). World Drug Report 2020. Vienna: UNODC; 2020 [cited 2023 Aug 26]. Available from: [https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22\\_Booklet\\_1.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf)
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง [Internet]. 2566 [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://catalog.dmh.go.th/dataset/smi-v-1-2558-28-2563>
3. พระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก; 8 พ.ย. 2564 [cited 2023 Aug 27]. Available from: [https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T\\_0001.PDF](https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF)
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์.(2558). การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. รัศมีน กัลยาศิริ.(2561). การเสพยาและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. สถาบันธัญญารักษ์.(2561). รายงานประจำปี 2560. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
7. พรทิพย์ วชิรดิถก, ธีระ ศิริสมุด, และอนรรตน์ สมตน.(2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69-83.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. 3rd ed. กรุงเทพฯ: บริษัทปิ๊ยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด; 2561.
9. สุภาพร จันทร์สาม.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;31(Suppl 1).
10. นุชณี เอี่ยมสอาด, ปิรัชญา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2563;14(1):9-22.
11. ปัฐยาวัชร ปรากฎผล.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560;28(1):12-21.
12. Wason K.(2021). Boston Medical Center, Boston. In: Alford A, et al. Arch Intern Med. 2021;171:425-431.
13. ศรีญา ยังเจริญ และ วาสิณี วิเศษฤทธิ.(2558). ผลของรูปแบบการพยาบาลหลักต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของญาติ ผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารพยาบาลหัวใจและทรวงอกไทย. 2558;26(2) [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view>.
14. Braun V, Clarke V.(2006). Using thematic analysis in psychology. 2006 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://scholar.google.com/citations?user=otoYzF8AAAAJ&hl=en>
15. กัญญาณัฐ บุญหลง. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและความพึงพอใจในบริการพยาบาล [thesis]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; n.d.
16. จุฑามาส โพธิ์หล้า.(2024). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชาและมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) [Internet]. [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2024/01.2567>
17. วุฒิชัย ชวนชนก.(2024). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน [Internet]. 2565 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <http://cmuir.cmu.ac.th/>
18. ผกามาศ สุทธิติวนิช และ สันติภาพ คงนาวัง.(2565). การพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/23>

19. ปรียานุช ชื่นตา.(2565). ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม [Internet]. 2565 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://nkpthospital.moph.go.th/login/promotion/images/20220921093259.pdf>
20. พิณรัฐ ศรีหรัรักษา.พิณรัฐ ศรีหรัรักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขม้น [Internet]. 2566 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848>
21. สนิทธี อนันท์วัฒน์.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย [Internet]. 2565 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/0000001411.pdf>
22. ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร และวีไลวรรณ วัฒนานนท์.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน [Internet]. วารสารวิทยาศาสตร์และสุขภาพการพยาบาล. 2560;40(2) [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGlybGUmaWQ9ODU3MjQ3>
23. อุไร ดวงแก้ว และ อภิญญา จำปามูล.(2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะเวลานอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ [Internet]. 2561 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/150582>
24. นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปัทมญา ทวีเศษ และ พรเลิศ ชุ่มชัย.(2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา. 2563;14(1):9-22.
25. ปัทมาพร ชนะมาร .(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):เมษายน-กันยายน 2566.
26. ทศพร ทองย้อย, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และ กิตติภูมิ ภิญโย.(2563). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดยาเสพติดเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):กรกฎาคม-กันยายน.
27. จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์.(2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
28. สถาบันอัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข.(2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: บริษัทวัชรอินเตอร์ปรีนติ้ง จำกัด.
29. Borg Model of Innovation Development [Internet]. [cited 2024 Oct 6]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/558911>
30. Powell SK.(2000). Case management: a practice guide to success in managed care. 2nd ed. Maryland: J.B..