

รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นายวีรยุทธ นุปผา

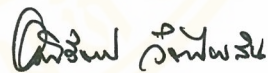
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยูทธาไทร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพสิน,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

วิชาการแทนคนบดี้

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2554


นายวิริยยุทธ บุปผาฉา
ผู้ศึกษา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไทร,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


นางดวงตา ไกรภัสสรพงษ์,
พ.บ.,วว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพสิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้ศึกษาซาบซึ้งในความ กรุณา และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ ประธานกรรมการสอบ และแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ กรรมการการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข ขอขอบคุณนายแพทย์ สิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติ ให้ศึกษา ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างทำการ ศึกษา เพื่อนร่วมงาน ที่ให้โอกาส ให้เวลาและให้ความร่วมมือในการศึกษา และขอขอบคุณ คุณสุพรรณิ แสงรักษา ที่ให้ข้อมูล ในการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษาคั้งนี้ เจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาขอระลึกถึงพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนความปรารถนาดี ความห่วงใยจาก พี่ น้อง และคุณทวิวรรณ บุปผาภาและบุตร ที่ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอดจนสำเร็จ การศึกษา

วิรัชธ บุปผาภา

รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION FOR FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS: EVIDENCE-BASED NURSING

วิรุทธ นุสผาธา 4936688 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไทร, พย.ค., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนิติจิตเวช จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่องเป็นงานวิจัย randomized controlled trial 1 เรื่อง one - group pretest-post test 3 เรื่อง และ literature review 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ ดังนี้ 1) การให้บริการเป็นลักษณะทีมสหวิชาชีพ มีการบูรณาการและประสานงานระหว่าง งานบริการทางด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม และกระบวนการยุติธรรม โดยที่บุคลากรแต่ละวิชาชีพทำงานในลักษณะหุ้นส่วนหรือเป็นสมาชิกทีม ในการให้บริการผู้ป่วยนิติจิตเวชเชิงรุกในชุมชน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณีเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการต่างๆ ที่ควรได้รับ สัดส่วนของผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณีต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 20 2) ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากทีมบำบัดจิตเวชเคลื่อนที่ในกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ในชุมชน หรือบ้านพักรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไร้บ้านและ/หรือติดสารเสพติดร่วมด้วย 3) ผู้ป่วยจะได้รับบริการทางสังคมต่างๆ เช่น ด้านที่อยู่อาศัย การงาน การเงิน การเดินทาง จากหน่วยงานและแหล่งสนับสนุนในชุมชน และ 4) บริการด้านกระบวนการยุติธรรม ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาให้การรักษาในชุมชนให้มากที่สุด ถูกคุมขังหรือจำคุกพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณะ รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชช่วยป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ/หรือก่อคดีซ้ำได้เนื่องจากเป็นกระบวนการบำบัดที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ

การบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นบริการที่ให้กับผู้ป่วยเพิ่มเติมจากปกติ ดังนั้นการนำไปใช้ จึงต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูงของหน่วยบริการที่เป็นหุ้นส่วน เพื่อกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและจัดสรรทรัพยากร และควรมีการศึกษานำร่องเพื่อ ประเมินกระบวนการปฏิบัติงานร่วมกัน ปัญหา อุปสรรค ผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยนิติจิตเวช / การบำบัดในชุมชน / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION FOR FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS: EVIDENCE-BASED NURSING**WERAYUTH BUPPHATA 4936688 NSMH/M****M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.****ABSTRACT**

This study aimed to study evidence-based models of community treatment for forensic psychiatric patients for reducing rehospitalization. The method of study started from searching for evidence pertinent to the clinical problem from electronic databases and a hand search. The search yielded 6 studies: 1 randomized controlled trial, 3 one - group pretest-posttest studies, and 2 literature reviews. All studies were analyzed, synthesized, and summarized for the recommendations of community treatment for forensic psychiatric patients. It was found that the community treatment is provided to forensic psychiatric patients by a multidisciplinary team integrating and coordinating among mental health services, social services, and justice system services. Personnel from each profession work together as a partnership or team members to provide forensic assertive community treatment to the patients. The treatment is composed of the following components: 1) Each patient has a case advocate assisting the patient to access eligible services. One advocate has 20 patients. 2) Patients receive the treatment therapy from a mobile forensic psychiatric team in case of a crisis situation. The patients receive the rehabilitation in community or in residential treatment if they are homeless and/or substance abusers. 3) Patients receive social services such as a place to stay, work, money, and travel to and from community organizations and resources. 4) For justice system services, patients will be considered for receiving community treatment as much as they can, and be jailed or have behavioural restraints used as little as possible. The service is concerned with keeping balance between patient's rights and public safety. This assertive community treatment to forensic psychiatric patients helps in reducing rehospitalization and/or recidivisms because it is comprehensive therapy targeting all problems and needs of the patients.

In order to apply the assertive community treatment to forensic psychiatric patients to real practice, it is recommended that before applying it, besides usual and current treatment, the treatment pattern needs to be approved from authorities of organizational partners. The approval will lead to establishing obvious and possible policy and preparing appropriate resources. In addition, before applying this community treatment, a pilot study should be conducted to assess the team-working process, problems and obstacles, patient outcomes, and public safety.

**KEY WORDS: FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS / COMMUNITY
TREATMENT / EVIDENCE-BASED NURSING****118 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	10
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	10
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	11
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	12
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	13
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	16
3.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
3.3 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	19
3.4 ข้อเสนอแนะ	26
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
4.1 สรุปการศึกษา	34
4.2 ข้อเสนอแนะ	35
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	37
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	52
รายการอ้างอิง	69
ภาคผนวก	72
ประวัติผู้ศึกษา	118

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the study)

ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดคืออาญาแล้วถูกตัดสินให้จำคุกอยู่ในเรือนจำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Baillargeon et al (2009) ได้ศึกษาผู้ต้องขังในเรือนจำประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 79,211 คน พบว่ามีผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรค Major psychiatric disorders ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภท และโรคจิตอื่นที่ไม่ใช่โรคจิตเภท จำนวน 7,878 ราย (ร้อยละ 9.94) และจากการศึกษาของ Lamb and Weinberger (1998) พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงอยู่ในหน่วยบริการของราชทัณฑ์ประมาณร้อยละ 6 - 16 มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ถูกจำคุกซ้ำมากกว่าผู้ต้องขังที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิต 1.7 - 2.4 เท่า และจากการศึกษาของ Badger, Vaughan, Woodward, and Williams (1999) ได้ศึกษาในเรือนจำประเทศอังกฤษพบว่ามีผู้ต้องขังที่มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิตถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำประมาณร้อยละ 25-37 และพบว่ามีผู้ต้องขังร้อยละ 3 เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงจำเป็นต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และ Tennent and Way (1984) ได้ติดตามศึกษาในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนิติจิตเวชจำนวน 617 ราย พบว่า มีการกระทำความผิดซ้ำในคดีไม่รุนแรงจำนวน 339 ราย (55%) และกระทำความผิดซ้ำในคดีรุนแรงจำนวน 129 ราย (21%) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2544) ศึกษาผู้ต้องขังในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานคร และเรือนจำบางขวางจำนวน 988 คน พบว่ามีผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคจิตร้อยละ 3.4 โรคซึมเศร้าร้อยละ 10 โรคเมเนียร้อยละ 1.4 โรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 6.6 โรควิตกกังวลซึมเศร้าร้อยละ 4.3 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร้อยละ 15 มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 2.3 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วยกล่าวคือ มีประวัติติดแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 26.2 ติดสุราร้อยละ 12.2 และจากการศึกษาของจินดา โสมนัส ราณี ฉายินทุ และชนิษฐา บำเพ็ญผล (2534) ได้ศึกษาคิดตามผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนิติจิตเวชในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 122 ราย พบว่ามีผู้ป่วยกระทำความผิดซ้ำจำนวน 30 คน (ร้อยละ 39.5) ส่วนใหญ่กระทำความผิดในคดีความผิดต่อร่างกายและชีวิต

การบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดทางอาญา ขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ ผู้ป่วยจะไม่มี ความผิดตามข้อกล่าวหาและจะต้องได้รับการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐาน โดยมีกฎหมายรองรับ เช่นพระราชบัญญัติสุขภาพจิตของสหราชอาณาจักร (ค.ศ.1887 และ ค.ศ.1983) ได้กำหนดว่าผู้ป่วยจิตเวชคือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยจะต้องปรากฏข้อเท็จจริงครบ ทั้ง 3 ประการ ดังนี้ 1) ในขณะที่จำเลยกระทำผิด จำเลยเป็นโรคจิต 2) หากจำเลยเป็นโรคจิตแล้ว ต้องพิจารณาต่อว่าจำเลยสามารถรู้ผิดชอบหรือไม่ ถ้าจำเลยไม่สามารถรู้ผิดชอบ จำเลยก็ไม่มี ความผิดตามข้อกล่าวหา 3) หากจำเลยสามารถรู้ผิดชอบ ในขณะที่ทำผิด ศาลก็อาจวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นไม่เป็นความผิดกฎหมายได้ถ้า 3.1) ประสาทสมองของจำเลยถูกทำลาย สังการไม่ได้ หรือสมองขาดประสิทธิภาพในการสั่งการให้จำเลยเลือกทำสิ่งที่ถูกหรือผิด 3.2) การกระทำนั้นเกิดขึ้นในขณะที่หรือต่อเนื่องกับอาการสมองพิการนั้น และเมื่อจำเลยถูกตัดสินว่าไม่มีความผิด ศาลจะส่งจำเลยไปบำบัดรักษาแทนการลงโทษจำคุก ใน 6 กรณี คือ บังคับรักษาในโรงพยาบาล บังคับรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว จำกัดสิทธิจำเลย ให้อยู่ในความดูแลคุ้มครอง ส่งตัวจากเรือนจำเข้ารักษาในโรงพยาบาล และคำสั่งคุมประพฤติ การปล่อยตัวจำเลยที่ป่วยทางจิตจะมีคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตทำหน้าที่พิจารณาคำสั่งควบคุมบำบัดรักษาจำเลยตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด และสถาบันกฎหมายแห่งอเมริกา (ค.ศ. 1972) ได้เสนอกฎหมายอาญาเพื่อพิจารณาคดีกับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีหลักการว่า 1) บุคคลจะไม่ต้องรับผิดทางอาญาที่ต่อเมื่อในขณะที่ทำความผิด เขาไม่สามารถรับรู้ได้ว่า การกระทำของเขานั้นเป็นความผิดหรือไม่ และความไม่สามารถรับรู้นี้เป็นผลเนื่องจากการที่เขาเป็นโรคจิตหรือจิตบกพร่อง 2) คำว่าโรคจิต (Mental disease) หรือจิตบกพร่อง (Mental defect) ตามที่ใช้กันโดยหลักนั้น ไม่หมายความว่ารวมถึง บุคคลที่แสดงอาการผิดปกติด้วยการกระทำความผิดอาญาซ้ำๆ หรือพวกต่อต้านสังคม เมื่อจำเลยถูกตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นโรคจิตหรือจิตบกพร่อง ศาลจะส่งจำเลยไปบำบัดรักษาในสถานบำบัด รักษาโดยไม่มีกำหนดเวลาแต่ให้อำนาจ The Commissioners of Mental Hygiene สามารถทบทวนความจำเป็นในการควบคุมจำเลยภายในกำหนดเวลาที่เห็นสมควร หากเห็นว่าจำเลยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจะขอให้ศาลปล่อยจำเลย สำหรับประเทศไทย (พ.ศ. 2441) ได้กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น มาตรา 46 ผู้ใดกระทำความผิดในเวลาวิกลจริต อันเกิดแต่สัญญาวิปลาสก็ตาม เกิดแต่พยาธิสภาพก็ตาม ถ้าปรากฏว่าเป็นผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบหรือยับยั้งตนเองได้ในเวลาที่กระทำความผิด เพราะเหตุวิกลจริต จะไม่ต้องรับโทษ มาตรา 47 ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่วิกลจริต อันเกิดแต่สัญญาวิปลาสก็ตาม เกิดแต่พยาธิสภาพก็ตาม ถ้าปรากฏว่าในเวลากระทำนั้น ยังคงมีสติพอจะรู้ผิดชอบหรือยับยั้งได้ ควรต้องโทษ แต่ศาลจะเห็นสมควรลดหย่อนโทษให้เบาลงกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นก็ได้ (รณชัย คงสกนธ์, 2551) และจากมาตรา 48 ซึ่ง

บัญญัติว่า ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดหย่อนโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะมีคำสั่งให้ไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2550) ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางคลินิกทุเลา พร้อมกับมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ในสังคมแก่ผู้ป่วย ญาติ และสาธารณสุขในพื้นที่ แล้วขออนุญาตศาลให้ผู้ป่วยได้เยี่ยมบ้านเป็นการชั่วคราวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ก่อนที่จะมีคำสั่งเพิกถอน มาตรา 48 (ดวงตา ไกรภัสสรพจน์, 2551) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชซึ่งจำคุกจากเรือนจำหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนมีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตกำเริบและก่อคดีซ้ำสูง (จินดา โสมนัส ธานี ฉายินทุ และขนิษฐา บำเพ็ญผล, 2534)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชต้องกลับเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาลและ/หรือก่อคดีซ้ำ มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธความเจ็บป่วย หรือขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ การไม่สามารถจัดการกับอาการฤทธิ์ข้างเคียงจากยา และการมีทัศนคติด้านลบต่อยารักษาอาการทางจิต และรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน เข้าใจว่าตนเองหายจากการป่วยทางจิตแล้ว เนื่องจากได้รับการรักษาจนอาการสงบ สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาและต่อต้านการรักษา ระบบบริการสุขภาพจิตจึงไม่สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ถือเป็นเรื่องวิกฤตในการบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดการรักษาและมีพฤติกรรมใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและก่อคดีซ้ำสูง (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และกลับฟื้นฟู สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) จะเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Hiday & Goodman, 1982 อ้างใน Marvin & Jeffrey, 2004) แต่จากการศึกษาของ Skipworth and Humberstone (2002) พบว่าผู้ป่วยมักไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำญาติมักปฏิเสธให้ความช่วยเหลือดูแล จนในที่สุดผู้ป่วยกลายเป็นคนไร้บ้าน (Caton, Shrout, Eagle, Opler, Felix, & Dominguez, 1994) ผู้ป่วยจะมีวิถีชีวิตในลักษณะเป็นจรจัดอยู่ระหว่างถนน/สถานที่สาธารณะ เรือนจำ และโรงพยาบาลจิตเวช (Lamb et al., 1999; Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002)

3. ปัจจัยด้านสังคม การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยถูกตีตราซ้ำซ้อน (double stigma) ว่า “เป็นโรคจิต และเป็นอาชญากร” สังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะอันตราย ถูกปฏิเสธและถูกขัดขวางไม่ให้เข้าไปอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องอาหาร ที่พักอาศัย และการมีงานทำ จากการถูกสังคมปฏิเสธทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและมีพฤติกรรมผิดปกติกมากขึ้น (Appelbaum, Hickey, & Packer, 2001) การถูกแยกออกจากสังคม และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชก่อคดีซ้ำ (Skipworth & Humberstone, 2002)

4. ระบบบริการด้านสุขภาพจิต บุคลากรผู้ให้บริการจิตเวชชุมชน ยังขาดทักษะในการประเมินอาการบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซ่อนแฝงและทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง (Skipworth & Humberstone, 2002) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อถูกปล่อยตัวออกมาจากเรือนจำหรือโรงพยาบาล มักไม่ได้รับการดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยยา ไม่มีความมั่นคงในเรื่องที่พักอาศัย และการดูแลให้ได้รับการบริการอื่นๆที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Lamberti et al., 2001) ผู้ให้บริการรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเข้าไปให้บริการในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและเคยก่อคดีอุกฉกรรจ์ร้ายแรง (Lamb et al., 1999) และพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องกลับไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากขาดการประเมินจากหน่วยบริการ และขาดการประสานความร่วมมือกับระบบให้ช่วยเหลือในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชก่อคดีซ้ำ (Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002)

การปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การถูกปฏิเสธและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว การได้รับการตีตราจากสังคมว่าเป็นโรคจิตและอาชญากร และการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือเรือนจำ ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวช มีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือก่อคดีซ้ำ ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลหรือก่อคดีซ้ำ ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีความทุกข์ทรมานกับอาการป่วยทางจิตที่รุนแรง (Lamb et al., 1999; Skipworth & Humberstone, 2002) และรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาเป็นเวลายาวนาน ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีความเลื่อมถอยในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ในบทบาทสมาชิกครอบครัวและสังคม (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งผลจากการเกิดอาการกำเริบรุนแรงและก่อ

คดีอุกฉกรรจ์ร้ายแรง ส่งผลให้สังคมมีภาพลักษณ์ที่เป็นตราบาปซ้ำซ้อนต่อผู้ป่วยนิจิตเวช (double stigma) มองว่า “ป่วยเป็นโรคจิต และเป็นอาชญากร” เป็นบุคคลที่มีภาวะอันตราย นำหวาดกลัวต่อต้านไม่ให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน จัดขวางไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ที่จำเป็น เช่น ขาดโอกาสในการเรียน การมีงานทำ และการมีบ้านพักอาศัย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตราบาป ถูกทอดทิ้ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกความมีคุณค่าในชีวิตของตนเองต่ำ และมีคุณภาพชีวิตลดลง ถูกแยกออกจากสังคม และในที่สุดผู้ป่วยจะมีวิถีชีวิตลักษณะเป็นวงจรอยู่ระหว่างถนน/สถานที่สาธารณะ โรงพยาบาลจิตเวช และเรือนจำ (Lamb et al., 1999; Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การป่วยด้วยโรคจิตเวชเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน อาการทางจิตจะเป็นๆ หายๆ ไม่แน่นอน บางวันอาการดี แต่บางวันมีอาการร้ายแรงหงุดหงิด ทำให้ครอบครัวอยู่ด้วยความวิตกกังวล รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (burden) ทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ญาติและผู้ป่วยมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่อกัน (High Expression Emotional) (ราณี ฉายินทุ และนางลักษณ์ ศาตรา, 2543) และจากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ต้องขังทั่วไป และผู้เคราะห์ร้ายมักเป็นคนในครอบครัวที่มีปากเสียงกันไม่มีการวางแผนมาก่อน ไม่มีแรงจูงใจที่ชัดเจน และผลของการถึงแก่กรรมมักเกิดจากผลการบาดเจ็บมากกว่าการจงใจที่จะฆ่า สอดคล้องกับการศึกษาของราณี ฉายินทุ และนางลักษณ์ ศาตรา (2543) พบว่าสาเหตุของการประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว เกิดจากการกระตุ้นทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว โดยการคร่ำครวญจาประชดประชันดำเนินหรือข่มขู่มากที่สุดถึงร้อยละ 43.0 การได้รับอันตรายแก่ร่างกายหรือแก่ชีวิตของบุคคลในครอบครัว ถือเป็นการสูญเสียที่สำคัญและเป็นความล้มเหลวของสถาบันครอบครัว

3. ผลกระทบต่อสังคม จากการที่ผู้ป่วยนิจิตเวชในชุมชน ขาดการรักษาต่อเนื่อง เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบและก่อคดีอุกฉกรรจ์ร้ายแรง แล้วมีการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนอย่างละเอียด ทำให้สังคมรู้สึกตื่นตระหนกหวาดกลัว รู้สึกว่าความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินลดลง สังคมมองว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีภาวะอันตราย นำหวาดกลัว (Skipworth & Humberstone, 2002; กอบโชค จวงษ์ และ สมชาย จักรพันธ์, 2549)

จากการที่ผู้ป่วยนิจิตเวชในชุมชน มีอาการกำเริบต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือกักขัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตราบาป ถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า ครอบครัววิตกกังวลกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระ ขณะที่สังคมรังเกียจและรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยนิจิตเวชในชุมชนนั้น สถานบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยนิจิตเวช จำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งการบำบัดดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของครอบครัวและสังคมด้วย ซึ่งสถานบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชในประเทศไทยแห่งแรกคือ โรงพยาบาลนิติจิตเวชหรือปัจจุบันคือสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การบำบัดดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้ให้การบำบัดผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ในลักษณะการบำบัดดูแลแบบผู้ป่วยใน และเมื่ออาการทางจิตสงบผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดดูแลใน 2 รูปแบบ คือ 1) ในรายที่คิดไม่สิ้นสุด ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับไปอยู่เรือนจำ งานบริการนิติจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ จะประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในเรือนจำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) กรณีที่ผู้ป่วยพ้นโทษ หรือได้รับการปล่อยตัวเนื่องจากถูกยกฟ้อง และอาการทางจิตสงบทีมนิติจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ จะให้การบำบัดดูแลในชุมชน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้การรักษา การบำบัดดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ และมีการ ประเมินความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค และบันทึกข้อมูลส่งมายังสถาบันกัลยาณ์ฯ อย่างน้อยทุกๆ 3 เดือน โดยทีมนิติจิตเวชชุมชนจะติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง ไม่รับประทานยา อาการทางจิตกำเริบ ทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ จะลงเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน และถ้าอาการทางจิตของผู้ป่วยสงบก็จะส่งต่อให้สถานพยาบาลในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป (ระเบียบปฏิบัติการบริการผู้ป่วยนิติจิตเวช, 2553)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมางานบริการนิติจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ ได้ปฏิบัติงานตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด แต่ยังพบว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายบางส่วนมีอาการกำเริบซ้ำหรือก่อคดีซ้ำอยู่ ดังเช่นการศึกษาของดวงดา ไกรภัสสรพ้ง (2551) ที่มีการติดตามผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ศาลสั่งให้บำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 โดยทีมนิติจิตเวชชุมชนเพื่อให้บริการบำบัดในรูปแบบ “ยา – จิต – กิจกรรม – ปรับ – เตือน” ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการจิตเวชเชิงรุกในชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วยให้รักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด ฝึกให้รู้จักผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับอารมณ์หงุดหงิดทางบวก การมีกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมทางสังคม การปรับตัวกับคนอื่นโดยไม่กระตุ้นอารมณ์ซึ่งกันและกัน และรู้จักอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบเพื่อปรับแผนการรักษา ผลการศึกษาพบว่า อัตราอาการทางจิตกำเริบ การกลับเข้ารักษาซ้ำ การก่อคดีซ้ำ และอัตราการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในการบริการรูปแบบใหม่นี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับรูปแบบบริการที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม

จากการศึกษาสถิติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวช ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากสถานกักยาศาสนาครินทร์จำนวน 192 ราย ส่งต่อให้สาธารณสุขพื้นที่ดูแลต่อเนื่องจำนวน 173 ราย มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ 25 ราย (ร้อยละ 14) ก่อคดีซ้ำ 1 ราย ทีมจิตเวชดูแลร่วมกับสาธารณสุขพื้นที่จำนวน 19 ราย มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ 6 ราย (ร้อยละ 31) (สถิติจากงานบริการจิตเวชชุมชน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552) จะเห็นว่าอัตราอาการทางจิตกำเริบยังสูงอยู่

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของสถาบันกัลยาณ์ฯ จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนว่าควรมีรูปแบบการดูแลอย่างไร เพื่อให้สามารถลดอาการกำเริบและลดการเข้ารับรักษาซ้ำหรือถูกจำคุกซ้ำ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน หลังจากศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของประเทศต่างๆ ในเบื้องต้นพบว่า

ประเทศสหราชอาณาจักรในปี ค.ศ.1990 กำหนดนโยบายในการดูแลผู้กระทำความผิดทางอาญาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยให้มีการผสมผสานงานบริการของระบบกระบวนการยุติธรรม งานบริการทางด้านสุขภาพจิต และการบริการทางด้านสังคม เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สนับสนุนการทำงานร่วมกันแบบเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้กระทำความผิดอาญาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม ถูกควบคุมเท่าที่จำเป็น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของหลักสิทธิมนุษยชนและความปลอดภัยของสาธารณะ และในปี ค.ศ. 1997 ได้นำรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ โดยมีรูปแบบการทำงานเป็นทีมดูแลแบบเข้มข้นเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีต่อผู้ป่วยและต่อผู้อื่น ทีมประกอบด้วยผู้จัดการโครงการและผู้ปฏิบัติการคือ พยาบาลจิตเวชชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีกิจกรรมบำบัด ดังนี้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด จัดให้มีบ้านพักอาศัยที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ มีวิถีชีวิตที่ผ่อนคลายไม่รีบร้อน การฝึกอาชีพ ส่งเสริมให้มีงานทำ มีนวัตกรรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีกิจกรรมนันทนาการทั้งในและนอกบ้านพักอาศัย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นทางด้านสังคม ภายหลังเข้าร่วมโครงการครบ 2 ปี พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัยระดับสูง (Maximum security unit) สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้และ/หรือสามารถกลับไปอยู่ในความดูแลในหน่วยบริการความปลอดภัยระดับต่ำได้ (Badger et al., 1999)

ประเทศนิวซีแลนด์ ผู้ที่มีหน้าที่ในการบัญญัติกฎหมายและกำหนดนโยบาย ได้ทบทวนหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช งานวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักการฟื้นฟูสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยจิตเวช ได้นำเอารูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) มาประยุกต์ใช้ในการดูแล

ผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน เน้นการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างทีมจิตเวชชุมชนกับทีมที่ให้บริการนิติจิตเวช โดยผู้ป่วยยังอยู่ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมาย ดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบำบัดรักษาในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และได้กำหนดเป็นบทบัญญัติในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของการดำเนินการตามบทบัญญัติดังกล่าว (Skipworth & Humberstone, 2002)

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนขึ้น โดยมี 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) รูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive Case Management: ICM) 2) รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (Forensic Assertive Community Treatment: FACT) ซึ่งมีรูปแบบการให้บริการ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive Case Management: ICM) เป็นรูปแบบที่เน้นการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ระหว่างศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนกับสำนักงานคุมประพฤติ โดยจิตแพทย์มีหน้าที่ประเมินอาการ ตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาอาการทางคลินิก มีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้น เช่น ดูแลให้รับประทานยา ให้สุขภาพจิตศึกษา ทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มบันเทิงบำบัดเป็นต้น โดยบริการดังกล่าวผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ถ้ามีความจำเป็นต้องได้รับบริการพิเศษอื่นๆ ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว เช่น การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การบริการทางด้านสังคม การบำบัดยาเสพติด ดูแลให้มีบ้านพักอาศัย การฝึกอาชีพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีรายได้ มีงานทำ โดยตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่คุมประพฤติและมีการลงบันทึกในแบบฟอร์มเกี่ยวกับอาการ ความก้าวหน้าอาการทางคลินิก และความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่คุมประพฤติจะติดตามเข้าไปถึงบ้านพักอาศัย เพื่อส่งเสริมให้มารับการบำบัดรักษา เช่น อาจจะมีการตัดสินใจปรับเปลี่ยนแผนการรักษา หรือมีการยกเลิก/เปลี่ยนรูปแบบการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไปบำบัดรักษาในหน่วยบริการของราชทัณฑ์หรือในแผนกผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น แต่ไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ/การก่อคดีซ้ำ (Roskes & Feldman, 1999)

2. รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (Forensic Assertive Community Treatment: FACT) เป็นรูปแบบการให้บริการแบบทีมสหวิชาชีพมีการผสมผสานระหว่างการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) กับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) ให้การ

ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และมีการบูรณาการงานบริการทางด้านสุขภาพจิต ทางด้านสังคม และทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามา ร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ หน่วยบริการต้องตั้งอยู่ในชุมชน เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีการผสมผสานหลายรูปแบบการบริการ เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ทีมไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา สถานที่ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เน้นให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม และสามารถชี้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีบ้านพักอาศัย ได้รับการศึกษา การงานอาชีพ ฝึกทักษะในการดำรงชีวิตให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับสูงสุด และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ซึ่งบริการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นบริการที่ได้จากทีม ถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับบริการพิเศษอื่น จะมีการประสานงานให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษมาให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาพบว่า เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการกระทำความผิดซ้ำ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรือนจำและในโรงพยาบาล (Project Link, 1999; Lamberti, 2008; Cusack, Morrissey, Cuddeback, Prins, & Williams, 2010)

สำหรับในประเทศไทย จากการการศึกษาของกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547) ได้นำรูปแบบทีมบริการเชิงรุกในชุมชนมาให้บริการผู้ป่วยจิตเวช เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด รวม 5 คน ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในชุมชนซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวม 4-5 คน ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีกิจกรรมบำบัดดังนี้คือ สอนผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ญาติ ผู้นำชุมชน ในเรื่องภาระรับผิดชอบผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การกระตุ้นทางอารมณ์ สภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน การป้องกันการใช้สารเสพติด ประสานความช่วยเหลือผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ และประสานการดูแลต่อเนื่องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทางสังคม กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ตลอดจนให้บริการปรึกษาการดูแลผู้ป่วยด้านการบำบัดรักษา และค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ และมีการติดตามตรวจเยี่ยมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการกิจกรรมบำบัดดังกล่าวเพียง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองภายหลังสิ้นสุดโครงการสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมบำบัดตามโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยนิคิตเวทในชุมชนพบว่าได้มีการนำ รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิคิตเวท (FACT) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติงานในหลายประเทศและผลการศึกษพบว่าสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้ และมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยนิคิตเวทในชุมชนอยู่บ้าง ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิคิตเวทในชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาวิเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนิคิตเวทในชุมชนที่มีมาตรฐานต่อไป

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องศึกษา

ปัจจุบันผู้ป่วยนิคิตเวทที่ได้รับการจำหน่ายจากสถาบันกัลยาณ์ฯ ยังมีอาการกำเริบกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลตนเองไม่รับประทานยา มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย กลับเข้ารับรักษาภายใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิคิตเวทในชุมชนที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าควรมีรูปแบบการบำบัดดูแลในลักษณะใด ควรให้การบำบัดแบบผู้จัดการรายกรณี หรือควรมีทีมสหวิชาชีพร่วมด้วย และบุคลากรแต่ละวิชาชีพควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ผู้ป่วยควรได้รับบริการในเรื่องอะไรบ้าง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ รวมถึงสามารถทำบทบาทหน้าที่ที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควรมีการวัดผลลัพธ์อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิคิตเวท เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Benefits / Outcomes)

พยาบาลจิตเวชชุมชน มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพิ่มขึ้น และนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหารูปแบบการบำบัดรักษาในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก กำหนดกรอบการสืบค้นและการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพ และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 จากการกำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากประเด็นคำถามทางคลินิก “การบำบัดดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร” ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

Population: Forensic psychiatric patients

Intervention: Community Treatment, Forensic Community Treatment

Comparison intervention: none

Outcome: rehospitalization, recidivism

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Keyword) ได้แก่ Forensic Psychiatric, Community Treatment, Forensic Community Treatment, rehospitalization, recidivism

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเกณฑ์ดังนี้

1) คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน

- 2) ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 - 2010
- 3) เลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้
- 4) คัดเลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยเท่านั้น

2.1.3 วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นอื่นๆ ดังนี้

- 1) ฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. Guidelines. gov](http://www.Guidelines.gov)
- 2) ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www. Cochrane. org
- 3) ฐานข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ACM Digital, Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, PubMed, Ovid
- 4) การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่สืบค้นได้
- 5) การสืบค้นด้วยมือ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ตำราจิตเวชศาสตร์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย รายงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

2.2 วิธีประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization) ของ Polit and Beck (2006) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ

- 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณา งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยกระบวนการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้

2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific Merit) โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือของ แหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัยหรือผู้เขียนบทความ คุณภาพงานวิจัย การทบทวนวรรณกรรม เหมาะสม การใช้สถิติในการวิเคราะห์ หรือความสมเหตุสมผลในการวิเคราะห์วิจารณ์ และแปลผลข้อมูลและการให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการศึกษา และมีการระบุข้อจำกัดของการศึกษา

3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ

3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) พิจารณาโดยคำนึงว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรหน่วยงานหรือไม่ ประเมินในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผล เช่น เกิดผลหรือมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจำนวนมาก

3.2 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณาโดยคำนึงถึง เป็นวิธีที่ยู่ยากซับซ้อนในการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ความเป็นไปได้เชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรที่เกื้อหนุน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคัดค้านหรือร่วมมือด้วยหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำเสนอแนะนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ ครอบคลุมงานประจำที่เคยปฏิบัติหรือไม่ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะมีความจำเป็นจะต้องมีการฝึกการปฏิบัติพยาบาลเพิ่มเติม ต้องใช้อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) พิจารณาโดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ นวัตกรรมที่ใช้มีความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้รับบริการ การประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นวัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ เช่น เวลา บุคลากร ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเป็นต้น และประโยชน์ที่นำนวัตกรรมมาสู่องค์กร

2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

โดยมีเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ มี 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์เมตา จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 2 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

ขั้นตอนของการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตอบปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษามีวิธีดำเนินการดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ภายหลังกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้กำหนดคำสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้นที่เกี่ยวกับการบำบัดในชุมชน เพื่อลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Forensic Psychiatric patients and Community Treatment or Forensic Community treatment and rehospitalization or recidivism แล้วทำการสืบค้นในฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้ www.Guidelines.gov, www.Cochrane.org, ACM Digital, Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, PubMed, Ovid. ได้งานวิจัยทั้งหมด 8 เรื่อง ผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ มีรายละเอียด ดังนี้

คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่

1. Forensic Psychiatric + Community Treatment + rehospitalization
2. Forensic Psychiatric + Community Treatment + recidivism
3. Forensic Community treatment + rehospitalization
4. Forensic Community treatment + recidivism

ดำเนินการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูล www.Guidelines.gov ไม่พบ full text
2. ฐานข้อมูล www.Cochrane.org ไม่พบ full text
3. ฐานข้อมูล ACM Digital พบ full text 2 เรื่อง
4. ฐานข้อมูล Blackwell-synergy ไม่พบ full text

5. ฐานข้อมูล CINAHL ไม่พบ full text
6. ฐานข้อมูล Science Direct ไม่พบ full text
7. ฐานข้อมูล PubMed พบ full text 6 เรื่อง
8. ฐานข้อมูล Ovid ไม่พบ full text
9. Hand Search ไม่พบ full text

3.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วย นิตจิตเวชเพื่อลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 8 เรื่อง เมื่อนำมา ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทาง คลินิก การมีความหมายและคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Polit & Beck, 2006) และประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk and Fineout - Overholt (2005) หลังจากนั้นคัดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ออก 2 เรื่อง เหลือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งสิ้น 6 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดออก 2 เรื่อง ได้แก่

เรื่องที่ 1 Lamberti, J.S., Weisman, R. L., & Faden, D. I. (2004). Forensic assertive community treatment: Preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1285-1293. เมื่อศึกษางานวิจัย พบว่า เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้บริหาร เพื่อระบุ โปรแกรมการบำบัด ที่แต่ละหน่วยงานนำมาใช้ เข้าเกณฑ์ของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกใน ชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิตจิตเวชหรือไม่

เรื่องที่ 2 Gary, S., Joseph, P., & Karen, J. (2008). How many forensic assertive community treatment teams do we need? *Psychiatric Services*, 59, 205-208. เมื่อศึกษางานวิจัย พบว่า เป็นการศึกษาเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วม FACT program และกำหนดอัตราส่วนระหว่างผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการเท่านั้น

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งสิ้น 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ การบำบัดผู้ป่วยนิตจิตเวชเชิงรุกในชุมชนทั้งสิ้น ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้น

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานเชิง ประจักษ์
1	Cusack, K.J., Morrissey, J. P., Cuddeback, G. S., Prins, A., & Williams, D.M. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health services use, and costs of forensic assertive community treatment: A randomized trial. <i>Community Mental Health Journal</i> , 46, 356–363.	Randomized controlled trial Level II
2	Project Link, Department of Psychiatry, University of Rochester, Rochester New York. (1999). Gold Award: Prevention of jail and hospital recidivism among persons with severe mental illness. <i>Psychiatric Services</i> , 50, 1477-1480.	One group Pretest-posttest Level VI
3	Lamberti, J.S., Weisman, R. L., Schwarzkopf, S. B., Price, N., Ashton, R.M., & Trompeter, J. (2001). The mentally ill in jails and prisons: Towards an integrated model of prevention . <i>Psychiatric Quarterly</i> , 72, 63-77.	One group Pretest-posttest Level VI
4	Lamberti, J. S. (2008). Model community-based treatment program reduces hospitalization and jail time among people with mental illness and substance abuse. Retrieved February 26, 2011, from Robert wood Johnson Foundation Local Funding Partnerships Website: http:// www.rwjf.org/reports/grr/032312.htm#int-grantinfo	One group Pretest-posttest Level VI
5	Lamb, H.R., Weinberger, L.E., & Gross, B. H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. <i>Psychiatric Services</i> , 50, 907-913.	Literature review Level VII

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้น

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐาน เชิงประจักษ์
6	Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. <i>Aca Psychiatrica Scandinavica</i> , 106, 47-53.	Literature review Level VII

3.3 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

นำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพ และระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังแสดงตารางสัปดาห์ (ในภาคผนวก) และนำผลการวิเคราะห์งานแต่ละเรื่องนำมาสรุปรวมลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) ดังแสดงต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด	Cusack et al., (2010)	Project Link (1999)	Lamberti et al., (2001)	Lamberti, (2008)	Lamb et al., (1999)	Skipworth, & Humberstone, (2002)
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial Level II	✓	-	-	-	-	-
	One - group pretest-posttest Level VI	-	✓	✓	✓	-	-
	Literature review Level VII	-	-	-	-	✓	✓
Treatment team	จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้ฝึกทักษะชีวิตรายกรณี	✓	✓	✓	✓	-	-
	ผู้ฝึกสอนในบ้านพักอาศัย	-	✓	✓	✓	-	-
	เจ้าหน้าที่คุ้มครองประพฤติ เป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีม	✓	✓	✓	-	-	-
	ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจนพ้นโทษแล้ว)	✓	-	-	-	-	-
Participant	ผู้ป่วยทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง มีประวัติเคยถูกจับกุมซึ่ง 1 ครั้งขึ้นไป	✓	✓	✓	✓	-	-
	ผู้ป่วยทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง มีความบกพร่องอย่างมาก มีประวัติเคยถูกจับกุมซึ่ง 1 ครั้งขึ้นไป และมีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	-	-	✓	✓	-	-
	ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากเรือนจำและมีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย	✓	✓	✓	✓	-	-

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	Cusack et al., (2010)	Project Link (1999)	Lamberti et al., (2001)	Lamberti (2008)	Lamb et al., (1999)	Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002)
Participant	ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากเรือนจำ โรงพยาบาล หน่วยให้บริการฉุกเฉิน และสถานีตำรวจ สำนักงานป้องกันภัยสาธารณะ ถ้าถูกฟ้องร้องด้วยคดีร้ายแรงจะถูกคัดออกจากการศึกษา (มาตรการเข้มงวดที่เรา ทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บสาหัส) และไม่เคยคัดออกถ้าพวกเขาได้รับคำวินิจฉัยที่ 2 ว่าเป็นผู้ติดสารเสพติดหรือได้รับคำวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ Axis II or Axis III	✓	✓	✓	✓	-	-
Intervention	เป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่างรูปแบบ ACT กับรูปแบบ ICM และบูรณาการเอาบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Major psychiatric disorders มี Mobile treatment team เข้าไปให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นทั้งในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่อง	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	Cusack et al., (2010)	Project Link . (1999)	Lamberti et al., (2001)	Lamberti (2008)	Lamb et al., (1999)	Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002)
Intervention ต่อ	มีโปรแกรมสนับสนุนระดับครอบครัวในชุมชน มีบริการ ดังนี้ ให้บริการแบบ โรงพยาบาลกลางวัน ดูแลให้รับปรึกษา ทำจิตบำบัดรายบุคคลและราย กลุ่ม ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ให้สุขภาพจิตศึกษา และ กิจกรรมนันทนาการ การงานอาชีพ และฝึกทักษะที่จำเป็นทางด้านสังคม จัดให้มีบ้านพักอาศัยแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและแก่ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด ร่วมด้วย และให้การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Outcome	- ลดการกลับเข้ารับการรักษาค่าใน โรงพยาบาล	-	-	S	S	-	-
	- ลดจำนวนวันนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาล	S	S	S	S	-	-
	- ลดจำนวนวันถูกคุมขังในเรือนจำ	X	S	S	S	-	-
	- มีพฤติกรรมสุขภาพสนใจมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกดีขึ้น	S	-	-	-	-	-
	- คะแนนความสามารถในการปรับตัวในชุมชนเพิ่มขึ้น	-	-	S	S	-	-
	- จำนวนครั้งการถูกจับกุมลดลง	S	-	S	S	-	-
	- ประสิทธิภาพประมาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรือนจำและโรงพยาบาล	S	-	S	S	-	-

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	Cusack et al., (2010)	Project Link . (1999)	Lamberti et al., (2001)	Lamberti (2008)	Lamb et al., (1999)	Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002)
Outcome	- ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งตนเอง และต่อบุคคลอื่น	-	S	S	S	-	-
	- ลดพฤติกรรมการใช้สุราหรือสารเสพติดได้	-	S	-	S	-	-

หมายเหตุ: เครื่องหมายสัญลักษณ์ในตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) มีความหมาย ดังนี้

S = significant X = no significant - = "ไม่" ได้รับความรู้ในการศึกษาในประเด็นดังกล่าว / ไม่มีการระบุผลการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

✓ = มีการระบุในการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

1. รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิโคติติเวซ (FACT) เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) กับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) และมีการบูรณาการงานบริการสุขภาพจิต งานบริการทางด้านสังคม และงานบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Lamb et al., 1999: Level VII; Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII; Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

2. รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิโคติติเวซ มีหลักพื้นฐานการให้บริการ ดังนี้ 1) หน่วยบริการจะต้องตั้งอยู่ในชุมชน 2) ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการจากหน่วยบริการเคลื่อนที่ 3) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์และบริการต้องเข้าไปถึงภายในชั่วโมงที่เกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน 4) บริการที่จัดให้จะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 5) บริการภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 6) บริการที่เน้นความถี่ในการติดต่อกับผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาความไว้วางใจ และนำนวัตกรรมการบำบัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและฟื้นฟูสมรรถภาพลงสู่การปฏิบัติ 7) ผู้ป่วยจะต้องไม่ถูกปิดกั้นการเข้าถึงบริการ รวมถึงโอกาสในการกลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 8) บริการที่ให้ความสำคัญในการทำงานร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและการสร้างเครือข่ายในชุมชน 9) การทำงานเป็นทีมเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายสู่ภาวะปกติ 10) หลักพื้นฐานของการให้บริการคือ การจัดการความเสี่ยงรายบุคคลและการวางแผนฟื้นฟูสภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII)

3. เป็นรูปแบบการให้บริการบำบัดรักษาแบบเข้มข้นทั้งในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ โดยทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile treatment team) เข้าไปให้บริการในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII; Project Link, 1999: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II; Lamberti et al., 2001: Level VI)

4. ผู้ป่วยที่อาการคงที่สามารถควบคุมตนเองได้แล้ว จะถูกส่งต่อไปรับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะยาวกับหน่วยบริการสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมสนับสนุนประจักษ์ในชุมชนคือ Strong Ties Community Support Program เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้บริการแบบโรงพยาบาลกลางวัน ทำข้อตกลงบริการก่อนเข้าร่วมการบำบัดโดยให้บริการดังนี้ การบำบัดรักษาอาการทางคลินิก การทำจิตบำบัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตาม

แผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตอย่างเข้มข้น เช่น ฝึกในการควบคุมตนเองหรือฝึกจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การจัดการความโกรธ ความเครียด การบำบัดทางจิตเพื่อส่งเสริมการลดหรือหยุดการใช้สุราและสารเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ป่วยระยะยาว โดยส่งเสริมรูปแบบในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีโครงสร้าง คำนึงถึงความสามารถของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆและการบริการทางด้านสังคมที่จำเป็น จัดให้มีบ้านพักอาศัยที่มั่นคง ให้บริการบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัยสำหรับผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย และให้ความสำคัญของบทบาทสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อการรักษา จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด กิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มเสริมแรงจิตใจ กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกลุ่มนันทนาการเป็นต้น (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II; Lamb et al., 1999: Level VII)

5. ทีมและบทบาทหน้าที่สมาชิกทีม

5.1 ทีมบริหารจัดการโครงการ (Project manager team) มีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าโครงการ โดยมีผู้บริหาร/ผู้แทนจากงานบริการทางด้านสังคมและงานบริการทางด้านกระบวนการ ยุติธรรม เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารโครงการ (Project manager team) มีพยาบาลจิตเวชที่มีวุฒิปริญญาโท ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการ โดยมีการประชุมกันเป็นประจำเพื่อร่วมกันกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนา และติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบำบัดเคลื่อนที่กับ Strong Ties Community Support Program (Project Link, 1999: Level VI)

5.2 ทีมปฏิบัติการประกอบด้วย จิตแพทย์ (ทำงานเต็มเวลาเท่ากับ 6 ชั่วโมง) พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดยาเสพติด (ทำงานเต็มเวลา) นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ผู้พิทักษ์สิทธิฯ เป็นผู้มีวุฒิปริญญาตรี ซึ่งต้องมีความรู้ทางด้านกฎหมายทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบผู้ป่วยไม่เกิน 20 คน เจ้าหน้าที่คุมประพฤติมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา และผู้เชี่ยวชาญพิเศษคือ ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาในโครงการจนพ้นภัยแล้ว มาทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนโดยทำงานเต็มเวลา (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II; Lamberti et al., 2001: Level VI)

6. เกณฑ์การพิจารณาผู้ที่จะเข้าร่วมการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ปวยนิติจิตเวช

1) ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder, Psychotic Disorder not otherwise specified อายุ 18 ปีหรือ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3) มีประวัติถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ 1 ครั้งขึ้นไปหรือมีประวัติกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 1 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 ปี (Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

7. รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชมีประสิทธิผลสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันในการถูกจำคุกในเรือนจำ ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรือนจำและโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น สามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ดีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II; Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการถูกจับกุมคุมขังซ้ำ ยังมีการศึกษาวิจัยน้อย ปัจจุบันพบเพียงงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (Forensic Assertive Community Treatment: FACT) ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: ACT) ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive Case Management: ICM) โดยมีการบูรณาการงานบริการทางด้านสุขภาพจิต งานบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม และงานบริการทางด้านสังคม เข้าร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) รวมทั้งการนำเอาทรัพยากรหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งสาระสำคัญของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (FACT) มีดังนี้

3.4.1 ปรัชญาในการบำบัดรักษา (Treatment philosophy) (Lamb et al., 1999: Level VII)

ในการให้บริการผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ปฏิเสธการรักษา และก่อคดีซ้ำบ่อยๆ ให้มีประสิทธิภาพจำเป็นจะต้องกำหนดหลักปรัชญาในการให้บริการที่ชัดเจน ดังนี้ 1) บริการจะมุ่งเน้นการรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของสาธารณชนด้วย โดยคำนึงถึงความสะดวกของสิทธิของผู้ป่วยและ

ความปลอดภัยของสาธารณะ 2) ให้มีความสำคัญกับการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้บำบัดมีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยคำนึงหลักจริยธรรม จรรยาบรรณของการบำบัดรักษา และกฎหมาย 3) การบำบัดดูแลเป็นทีม สมาชิกทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะหุ้นส่วนบริการ ในชุมชน (community partnership) เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง 4) มีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นและเหมาะสม 5) การมีระบบสารสนเทศที่ดีเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญ 6) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการบำบัดและฟื้นฟู 7) ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถควบคุมตนเองได้

3.4.2 หลักการพื้นฐานการให้บริการรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วย นิตจิตเวช มี ดังนี้ 1) หน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนของผู้รับบริการ 2) สามารถให้บริการต่างๆที่บ้าน หรือที่ผู้รับบริการอยู่อาศัยได้ 3) เป็นบริการที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าจำเป็นเช่นเมื่อเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน 4) ให้บริการโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 5) บริการภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 6) ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามปัญหาและความต้องการรับบริการ 7) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการต่างๆรวมทั้งการเข้ารักษาไว้ในโรงพยาบาล 8) ให้มีความสำคัญกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน 9) การทำงานเป็นทีม ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสู่ภาวะปกติของผู้ป่วย 10) หลักพื้นฐานของการให้บริการคือ การจัดการความเสี่ยงรายบุคคลและการวางแผนฟื้นฟูสภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII)

3.4.3 ลักษณะของทีมงานบริการผู้ป่วยนิตจิตเวชเชิงรุกในชุมชน

เนื่องจากการบำบัดดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีลักษณะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอาจเป็นการดูแลต่อเนื่องจากเรือนจำ หรือการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานพยาบาล กลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นจึงมีการร่วมมือของหน่วยงานใน 2 ระดับคือ

1) ทีมบริหารโครงการ (Project manager team) ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร/ผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งบริการด้านจิตเวช บริการทางด้านสังคม และบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารเพื่อร่วมกันกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาและติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยมีพยาบาลจิตเวชที่มีวุฒิปริญญาโททำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (Project Link, 1999: Level VI)

2) ทีมปฏิบัติงาน การบำบัดผู้ป่วยนิตจิตเวชในชุมชน (Forensic Assertive Community Treatment Team) เป็นทีมปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากทั้ง 3 องค์การดังกล่าว 1 ทีมประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 6 - 7 คนต่อ ผู้ป่วย 60 - 70 คน ซึ่งทีมสุขภาพจิต

ได้แก่จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา ผู้ติดยาเสพติด เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการสังคมอาจทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการต่างๆ ในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการด้านการกระบวนการยุติธรรม เช่น เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการจะได้รับการบริการจากทีมบำบัดเคลื่อนที่อย่างครอบคลุมครบวงจร ทั้งการบำบัดแบบเข้มข้นเมื่อมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และการบำบัดต่อเนื่องระยะยาวเมื่ออาการคงที่ เช่น เข้าร่วมโปรแกรมระดับประคองในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.4 ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ปวยนิตจิตเวช

ผู้ป่วยนิตจิตเวชที่ควรได้รับการบำบัดเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรมีลักษณะ ดังนี้

1) ผู้ป่วยนิตจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder, Psychotic Disorder not otherwise specified อายุ 18 ปีหรือ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3) มีประวัติถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ 1 ครั้งขึ้นไปหรือมีประวัติกลับเข้ามารักษารักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 ปี (Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5 การจัดบริการต่างๆ ในชุมชนสำหรับผู้ปวยนิตจิตเวช

จากปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งการบำบัดรักษาและทางสังคม และมีปัญหาทางกฎหมายดังกล่าว ดังนั้นรูปแบบของบริการจึงมีรูปแบบที่ให้บริการทั้งด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านการกระบวนการยุติธรรม ไปพร้อมๆ กัน โดยบริการด้านต่างๆ มีดังนี้

3.4.5.1 การให้บริการทางด้านสุขภาพ

เป็นการบริการเชิงรุกให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อให้สะดวกในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยตระหนักถึงความเท่าเทียมกัน ความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นการให้บริการ ที่ต่อเนื่องตั้งแต่ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะอาการทุเลาและอาการคงที่ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Cusack et al., 2010: Level II) ซึ่งมีรูปแบบของการให้บริการ ดังนี้

3.4.5.1.1 การบำบัดดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี (Integrating treatment and case management) การจัดการรายกรณี เป็นกลยุทธ์ในการประสานความร่วมมือที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาการรักษาโรคจิตเวชอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ได้รับการบริการที่

จำเป็นจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ การประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตสังคมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีหลักพื้นฐานในการให้บริการที่เน้นความถี่ของการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการนำนวัตกรรมบำบัดลงสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้จัดการรายกรณียังมีบทบาทในการช่วยเหลือในห้วงพิจารณาดีของศาล เมื่อผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และพวกเขาจะรับรู้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือเขาได้ ขณะเดียวกันผู้จัดการรายกรณีก็มีอำนาจในการจัดการกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การกระทำ ความผิดอาญาของผู้ป่วยได้ (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5.1.2 การให้บริการในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้จัดการรายกรณีต้องแจ้งให้หน่วยบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile treatment team) เข้าไปช่วยเหลือทันที ควรมีหน่วยบำบัดเคลื่อนที่พร้อมไปให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หน่วยบริการต้องสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงและการก่อคดีซ้ำ ถ้ามีความจำเป็นต้องเข้าไปรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ต้องอำนวยความสะดวกให้ได้รับการรักษา เมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตสงบสามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้มารับการบำบัดรักษาในโปรแกรมประทับประคองในชุมชน (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI)

3.4.5.1.3 การบำบัดต่อเนื่อง เป็นการบำบัดในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการที่สามารถควบคุมตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้มารับการบำบัดรักษาในโปรแกรมสนับสนุนประทับประคองในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง พื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงสุด ลดการพึ่งพิงผู้อื่น (Cusack et al., 2010: Level II) ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดดูแลต่อเนื่องมี ดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Therapeutic living arrangements) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/เรือนจำเป็นระยะเวลานานก่อนที่จะจำหน่าย/ปล่อยตัวกลับเข้าไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่มีโครงสร้างเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีโครงสร้างเลย ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการค่อยๆลดระดับโครงสร้างลงไปเรื่อยๆ เช่น จากเรือนจำหรือโรงพยาบาลนิติจิตเวช ไปสู่ชุมชนแบบปิด เช่น บ้านพักชั่วคราว (ชุมชนที่มีการควบคุมสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมด) หลังจากนั้นให้ไปอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมแล้วจึงให้ไปอยู่ในครอบครัวหรือไปใช้ชีวิตโดยลำพังต่อไป (Lamb et al., 1999: Level VII)

2) การบำบัดรักษาแบบมีโครงสร้าง (The need for structure)

โดยรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีลักษณะเป็นคำสั่งบังคับรักษาให้อยู่ภายใต้ระบบกระบวนการยุติธรรม (Using authority comfortably) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดการควบคุมตนเองภายใน (lack internal controls) ดังนั้นในระยะแรก ที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแผนการดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาที่แน่นอน เรียนรู้และฝึกเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ให้การบำบัดมีอำนาจในการโน้มน้าวผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งงานอาชีพใหม่ ในสถานภาพของการเป็นผู้ป่วยนอก (Lamb et al., 1999: Level VII)

3) การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย (Treatment residence)

พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไร้บ้าน (Homeless) หรือยังไม่พร้อมที่จะกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชน รวมทั้ง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา มีผู้เฝ้าเทในที่พักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง ในการเฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกด้านที่บ้านพัก และเพื่อให้สามารถพึ่งตัวเองได้ในที่สุด (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5.1.4 การจัดการพฤติกรรมรุนแรง (management of violence)

การบำบัดเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงมีดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องมีการลงนามรับทราบความคาดหวังของพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดขึ้นในอนาคต ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความตื่นตัวมีความมั่นคงทางอารมณ์ และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง การใช้สุราหรือยาเสพติด ฯ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต่างๆ รวมถึงยาต้านโรคจิตเวชกลุ่มใหม่ และยากลุ่มอื่นๆ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย เป็นต้น (Lamb et al., 1999: Level VII)

3.4.5.1.5 การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะใน

การบำบัดดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตโดยพึ่งตนเองได้ดีขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมบำบัด เช่น การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด อารมณ์โกรธ และการจัดการกับอาการทางคลินิกต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จิตบำบัด นันทนาการบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ติดสารเสพติดนิรนาม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้บริการขนส่งสาธารณะในการออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้านพัก เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง มีบริการสายด่วนให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง การบำบัดเหล่านี้อาจให้การบำบัดได้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในเรือนจำหรือในโรงพยาบาล บ้านพักชั่วคราว โรงพยาบาลกลางวัน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกหรือ

ในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ บางกิจกรรมให้การบำบัดโดยนักวิชาชีพในทีม บางกิจกรรมก็บำบัดในลักษณะอาสาสมัครหรือเพื่อนช่วยเพื่อน โดยบำบัดที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5.1.6 การให้ความรู้และทักษะการดูแลกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรทางสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ตัวอย่างเครือข่ายในการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลได้แก่ สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้พิทักษ์สิทธิราษฎร์ ผู้ดูแลบ้านพัก และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษา (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI)

3.4.5.2 การบริการทางด้านสังคม (Cusack et al., 2010: Level II)

เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับบริการทางด้านสังคมต่างๆ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐหรือองค์กรเอกชนจัดให้ ดูแลให้ได้รับบริการทางด้านสังคม ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต บริการที่ให้ประกอบด้วย

3.4.5.2.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น จัดให้มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ปลอดภัย การดูแลให้ได้รับสิทธิสวัสดิการ เช่น เงินกองทุนเลี้ยงชีพ สิทธิการได้รับบำบัดรักษาฟรี ตลอดจนจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและสนับสนุนเรื่องยา

3.4.5.2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เช่น ส่งเสริมการใช้บริการขนส่งมวลชน ฝึกการประกอบอาหารง่ายๆแต่มีคุณค่า ส่งเสริมการทำงานอาชีพ โดยการประสานงานกับสถานประกอบการที่อยู่ในชุมชนให้มีการจ้างทำ มีรายได้ ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายเงิน ส่งเสริมศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการเงินด้วยตนเอง และดูแลให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรสนับสนุนในชุมชน

3.4.5.2.3 การส่งเสริมแรงจูงใจในการดำรงชีวิต (Motivation to persevere and remain involved with life) การเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง และคิดด้านบวก การส่งเสริมการทำงานอาชีพและกิจกรรมทางสังคม

3.4.5.3 การบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม

การใช้อำนาจอย่างชอบธรรมเกี่ยวกับการบังคับรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยได้รับการอำนวยความสะดวกจากศาลในการกำหนดเงื่อนไขในการปล่อยตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาระผูกพัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง และมีประวัติไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้บุคลากรผู้ให้การบำบัดสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและหลีกเลี่ยงการใช้สุราหรือสารเสพติด (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5.3.1 มีการประสานงานระหว่างบุคลากรผู้ให้การบำบัด

และระบบกระบวนการยุติธรรม (Liaison between treatment staff and the justice system) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบำบัดรักษาในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ก็จะต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรทีมผู้ให้การบำบัดรักษาและบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมซึ่งรวมถึงศาล ทนายความประจำเขตพื้นที่ สำนักงานควบคุมความประพฤติ และผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยต้องให้การยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับในมุมมองที่แตกต่าง และทั้งสองหน่วยงานจะต้องมีเป้าหมายในการทำงานเหมือนกัน (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.5.3.2 เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการด้านกระบวนการ

ยุติธรรม บางทีมบำบัดในชุมชนถือเป็นเพียงผู้ร่วมงานที่ต้องทำงานประสานกัน แต่บางทีมนำเจ้าหน้าที่จากงานบริการด้านกระบวนการยุติธรรมมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีมบำบัด มีบทบาทในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารับการบำบัดรักษา ติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขการปล่อยตัวและบันทึกรายงานความก้าวหน้าของอาการทางคลินิกและความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยละเมิดคำสั่งศาลจะต้องถูกเพิกถอนจากสถานภาพการเป็นผู้ป่วยนอก ต้องกลับเข้าไปอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการของราชทัณฑ์หรือในแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและสามารถควบคุมตนเองได้แล้วจะต้องได้รับการอนุญาตให้ได้รับสิทธิในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดยง่าย ดำเนินการโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณะ (Lamb et al., 1999: Level VII; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.6 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ (Lamb et al., 1999: Level VII; Project Link,,

1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

เนื่องจากรูปแบบของบริการเป็นการให้บริการจากหลายสาขาวิชาชีพอาชีพ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.4.6.1 จิตแพทย์ มีบทบาทในการประเมินสภาพจิต ตรวจวินิจฉัย ให้การ

บำบัดรักษา ให้ความรู้และฝึกอบรมแก่สมาชิกทีม และส่งเสริมให้มีการผสมผสานระหว่างบริการทางด้านคลินิก การบริการทางด้านสังคมและด้านกระบวนการยุติธรรม

3.4.6.2 พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มี

คิดสารเสพติด มีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้าร่วมโครงการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ในเบื้องต้น และ ให้การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย ในกรณีนำผู้ป่วยมาอยู่ในบ้านพักที่จัดให้บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด นิเทศการปฏิบัติงานของผู้

พิทักษ์สิทธิราษฎร์ และให้ความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในกรณี ผู้พิทักษ์สิทธิราษฎร์ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจิต และให้ความรู้กับเครือข่ายดูแลผู้ป่วย

3.4.6.3 ผู้พิทักษ์สิทธิราษฎร์ (case advocates) อาจจะเป็นบุคลากรจาก หน่วยบริการทางสังคมในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่มีวุฒิบัตรจบปริญญาตรี และมีความรู้ทางด้าน กฎหมาย มีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางด้านสุขภาพ การบริการ ทางด้านสังคม และบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม ตลอดจนส่งเสริมการทำหน้าที่ตามบทบาท ต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบซ้ำ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในห้วงพิจารณาตัดสินคดีของศาล เพื่อให้ได้รับการพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการบำบัดรักษา ผู้พิทักษ์สิทธิราษฎร์ 1 คนรับผิดชอบผู้ป่วย ไม่เกิน 20 คน มีความพร้อมให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

3.4.6.4 เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม (อาจ เป็นสมาชิกคนหนึ่งในทีมบำบัดหรือเป็นเพียงมีการประสานงานกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เท่านั้น) มีบทบาทในการส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษากับ FACT ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือใน การบำบัดรักษา ติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขการปล่อยตัว

3.4.6.5 ผู้ให้บริการในบ้านพักอาศัย (residence staff) ในกรณีที่ผู้ป่วยยัง ไม่สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวหรืออยู่ในชุมชนได้ ผู้ดูแลบ้านพัก มีบทบาทในการนิเทศใน บ้านพักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำงานร่วมกับทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile treatment team) ดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ผักตบชားที่จำเป็นในการ ดำรงชีวิตในชุมชน เผื่อระวังในเรื่องการใช้สารเสพติด และดูแลความเรียบร้อยของบ้านพักอาศัย

3.4.6.6 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษคือ ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาใน โครงการจนพ้นภัยได้แล้ว มาทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนโดยทำงาน เต็มเวลา (Cusack et al., 2010: Level II)

3.4.7 การประเมินผลลัพธ์

3.4.7.1 ประเมินจำนวนครั้งและระยะเวลาของการกลับเข้าไปรับบริการ รักษาในโรงพยาบาลและการถูกจับกุมคุมขัง โดยตรวจสอบจากบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาล บันทึกการจับกุมของตำรวจ บันทึกของสำนักงานคุมประพฤติ และบันทึกของหน่วยงานราชทัณฑ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการบำบัด เป็นระยะอย่างน้อย ทุก 3 เดือน

3.4.7.2 ประเมินความสามารถการทำหน้าที่ในชุมชนโดยใช้ Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Lamberti et al., 2001: Level VI)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO Framework ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) เป็นแนวทางในการสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Forensic Psychiatric patients and Community Treatment or Forensic Community treatment and rehospitalization or recidivism โดยได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 1 เรื่อง งานวิจัย one - group pretest-post test 3 เรื่อง และ literature review 2 เรื่อง แล้วนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่ได้มาประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Polit and Beck (2006) ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายและคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง มีคุณภาพ และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 3 เรื่อง และระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อเสนอแนะ (recommendation) รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีสาระสำคัญในการให้บริการ ดังนี้ 1) เป็นรูปแบบบริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ กับผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกในชุมชน มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างงานบริการสุขภาพจิต งานบริการทางด้านสังคม และงานบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnerships) 2) เป็นการบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้บริการในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เน้นให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องภาษาและวัฒนธรรม 3) มีทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile treatment team) เข้าไปให้บริการแบบเข้มข้นในระบะที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และการบำบัดต่อเนื่องระยะยาวเมื่ออาการคงที่ ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาโดยทีมมีความพร้อมที่จะให้บริการตลอด 24

ชั่วโมงเมื่อมีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน 4) ทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการด้านการดูแลสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสารเสพติด 5) เป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นมีอัตราส่วนผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยต่ำ มีสัดส่วนไม่เกิน 1:20 6) จัดให้มีบ้านพักอาศัยที่มั่นคงสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช ไร้บ้านและผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการบำบัดในบ้านพักอาศัย 7) รูปแบบของการบำบัดดูแลในชุมชน ประกอบด้วย การบำบัดรักษา (treatment) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation services) และการสนับสนุนระดับประจักษ์ โดยครอบคลุมการบริการทางด้านสุขภาพ บริการทางด้านสังคมและบริการทางด้านระบบกระบวนการยุติธรรม เน้นการส่งเสริมความรู้สึกเป็นอิสระพึ่งตนเองได้และการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (FACT) มีประสิทธิผลในการลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดการถูกจำคุกซ้ำ ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติและศึกษาเพิ่มเติมมีดังนี้

4.2.1 ควรมีนโยบายและแผนการปฏิบัติงานร่วมกันโดยกำหนดจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมและกฎหมาย เนื่องจากรูปแบบการบำบัดเป็นการทำงานแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นเพื่อให้การนำผลการศึกษานี้ไปปฏิบัติจริงได้ จะต้องมียุทธศาสตร์ในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในระดับปฏิบัติงานสามารถประสานงานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.2.2 ในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศนิวซีแลนด์ การที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยควรมีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมิน กระบวนการทำงาน ปัญหาอุปสรรค ผลลัพธ์ ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง รวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าคุ้มทุน

4.2.3 ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากรของแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งอาสาสมัคร ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทักษะในการปฏิบัติงาน และแนวทางในการปฏิบัติงาน

ส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกัน ขอมรับมุมมองที่แตกต่างและร่วมมือกันในการให้บริการผู้ป่วยในบุคลากรต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวง อาจจัดในลักษณะการฝึกอบรมร่วมกันแบบไขว้สายงานกัน (cross-trained) ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานของกันและกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีระบบสารสนเทศที่ดี เพื่อให้สามารถวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

4.2.4 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) ที่จะนำมาปรับใช้ในเมืองไทย ถึงแม้การศึกษาวิจัยในต่างประเทศยังมีน้อยแต่ก็พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ดีขึ้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นนี้เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นผู้ให้บริการหลักเพียง 1 คน และมีการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องน้อยกว่า FACT ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยแต่ละราย น้อยกว่า น่าจะมีความคล่องตัวและมีความเป็นไปได้มากกว่าในการปฏิบัติจริง

รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION FOR
FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS: EVIDENCE-BASED NURSING

วิรัช นุพผา 4936688 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดคดีอาญาแล้วถูกตัดสินให้จำคุกอยู่ในเรือนจำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Baillargeon et al. ในปีค.ศ. 2009 ได้ศึกษาผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 79,211 คน พบว่า มีผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรค Major psychiatric disorders จำนวน 7,878 ราย (ร้อยละ 9.94) และมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่จะถูกจำคุกซ้ำมากกว่าผู้ต้องขังที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิต 1.7 - 2.4 เท่า และจากการศึกษาของ Tennent and Way (1984) ได้ติดตามศึกษาในผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนิติจิตเวชของประเทศอังกฤษแล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชนจำนวน 617 ราย พบว่า มีการกระทำผิดซ้ำในคดีไม่รุนแรงจำนวน 339 ราย (55%) และกระทำผิดซ้ำในคดีรุนแรงจำนวน 129 ราย (21%) สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน จินดา โสมนัส ราณี ฉายินทุ และชนิษฐา บำเพ็ญผล (2534) ได้ติดตามศึกษาผู้ป่วยนิติจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนิติจิตเวชในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 122 ราย พบว่าผู้ป่วยกลับไปกระทำความผิดซ้ำจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 39.5) ส่วนใหญ่กระทำผิดในคดีความผิดต่อร่างกายและชีวิต จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ/หรือก่อคดีอุกฉกรรจ์ซ้ำมี ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธความเจ็บป่วย หรือขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการป้องกัน

เกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ การไม่สามารถจัดการกับอาการฤทธิ์ข้างเคียงจากยา และการมีทัศนคติด้านลบต่อยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทายยา ต่อต้านการรักษาและมีพฤติกรรมใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย เป็นสาเหตุสำคัญทำให้มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและก่อกวนซ้ำสูง (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999) 2) ปัจจัยด้านครอบครัว จากการศึกษาของ Skipworth and Humberstone (2002) พบว่าผู้ป่วยมักไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำญาติมักปฏิเสธให้ความช่วยเหลือดูแล จนในที่สุดผู้ป่วยกลายเป็นคนไร้บ้าน (Caton, Shrout, Eagle, Opler, Felix & Dominguez, 1994) ผู้ป่วยจะมีวิถีชีวิตในลักษณะเป็นวงจรอยู่ระหว่างถนน/สถานที่สาธารณะ เรือนจำ โรงพยาบาลจิตเวช (Lamb et al., 1999; Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002) 3) ปัจจัยด้านสังคม การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและก่อกวนอาชญากรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยถูกตีตราซ้ำซ้อน (double stigma) “ว่าเป็นโรคจิต และเป็นอาชญากร” สังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะอันตราย ถูกปฏิเสธและถูกขัดขวางไม่ให้เข้าไปอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องอาหาร ที่พักอาศัย และการมีงานทำ จากการถูกสังคมปฏิเสธก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและมีพฤติกรรมผิดปกติดีกขึ้น (Appelbaum, Hickey, & Packer, 2001) การถูกแยกออกจากสังคม และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชก่อกวนซ้ำ (Skipworth & Humberstone, 2002) 4) ระบบบริการด้านสุขภาพจิต บุคลากรผู้ให้บริการจิตเวชชุมชน ยังขาดทักษะในการประเมินอาการบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซ่อนแฝงและทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง (Skipworth & Humberstone, 2002) ผู้ให้บริการมีความรู้สึกลัวไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ ในการเข้าไปให้บริการในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (Lamb et al., 1999) การขาดการบำบัดและการประเมินจากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002)

ผลจากการเกิดอาการทางจิตกำเริบต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและ/หรือก่อกวนซ้ำ ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ และถูกจำคุก ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกเป็นตราบาป ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ และในที่สุดผู้ป่วยจะมีวิถีชีวิตลักษณะเป็นวงจรอยู่ระหว่างถนน/สถานที่สาธารณะ โรงพยาบาลจิตเวช เรือนจำ ดังกล่าวข้างต้น 2) ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวอยู่ด้วยความวิตกกังวลกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (burden) จากการศึกษาประภาส อุครานันท์ และ วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ต้องขังทั่วไป

และเหยื่อของผู้ป่วยจิตเวชมักเป็นคนในครอบครัวที่มีปากเสียงกัน เป็นการทำร้ายโดยไม่มี การวางแผนมาก่อน ไม่มีแรงจูงใจที่ชัดเจน และผลของการถึงแก่กรรมมักเกิดจากผลการบาดเจ็บ มากกว่าการจงใจที่จะฆ่า 3) ผลกระทบต่อสังคม จากการที่มีการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนอย่าง ละเอียดยิ่งพฤติกรรมคดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ทำให้สังคมรู้สึกตื่นตระหนกหวาดกลัว รู้สึกไม่ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีภาวะอันตราย นำหวาดกลัว (Skipworth & Humberstone, 2002; กอบโชค จูวงษ์ และสมชาย จักรพันธ์, 2549)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นสถาบันบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชคดีแห่งแรกของ ประเทศไทย มีหน้าที่ความรับผิดชอบหนึ่งคือ การให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกส่งมาตามระบบกระบวนการยุติธรรม ซึ่งมีระเบียบปฏิบัติในการ ให้บริการนิติจิตเวชชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากสถาบันกัลยาณ์ฯ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา งาน บริการนิติจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ ได้ปฏิบัติงานตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด แต่ยังพบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายบางส่วนมีอาการกำเริบซ้ำหรือก่อคดีซ้ำอยู่ ดังเช่นจากสถิติในปี 2552 พบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวน 192 ราย ส่งต่อให้สาธารณสุขพื้นที่ดูแลต่อเนื่องจำนวน 173 ราย มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 14) ก่อคดีซ้ำจำนวน 1 ราย ทีมนิติจิตเวชดูแลร่วมกับสาธารณสุขพื้นที่จำนวน 19 ราย มีอาการ ทางจิตกำเริบซ้ำจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 31) (สถิติจากงานบริการนิติจิตเวชชุมชน สถาบันกัลยาณ์ราช นครินทร์, 2552)

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำการของสถาบันกัลยาณ์ฯ จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบ การบำบัดดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนว่าควรมีรูปแบบการดูแลอย่างไรเพื่อให้สามารถลดอาการ กำเริบและลดการเข้ารักษาซ้ำหรือถูกจำคุกซ้ำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาพบว่าการ นำเอารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) มาปรับใช้ในการดูแล ผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนอย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ ดังเช่น ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชเชิงรุกใน ชุมชนมีประสิทธิภาพในการลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการถูกจำคุกในเรือนจำซ้ำ

สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนา/ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน ขึ้นเช่นการศึกษาของกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547) ได้ศึกษารูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการ กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี มีรูปแบบการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีมสห วิชาชีพ ใช้ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ และมีการประเมินผลการศึกษาทันทีเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า ค่าคะแนนการดูแลตนเองภายหลังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการได้รับการ เยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของดวงตา ไกร กัสสรพงษ์ (2551) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดในชุมชน

รูปแบบเดิมกับรูปแบบ “ยา – จิต – กิจวัตร – ปรับ - เตือน” ในประเด็นอัตราการทางจิตกำเริบ การกลับเข้ารับรักษา การก่อกวนซ้ำ และอัตราการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ศาลสั่งให้บำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดในชุมชนรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนพบว่าได้มีการนำ รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช (FACT) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติงานในหลายประเทศและผลการศึกษาพบว่าสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้และมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชชุมชนอยู่บ้าง ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาวิเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนที่มีมาตรฐานต่อไป

ปัญหาทางคลินิกที่ต้องศึกษา

ปัจจุบันผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายจากสถาบันกัลยาณ์ฯ ยังมีการกำเริบกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลตนเองไม่รับประทานยา มีการใช้สารหรือสารเสพติดร่วมด้วย กลับเข้ารับรักษาภายใน 1 ปี ประมาณ ร้อยละ 30 ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าควรมีรูปแบบการบำบัดดูแลในลักษณะใด ควรให้การบำบัดแบบผู้จัดการรายกรณี หรือควรมีทีมสหวิชาชีพร่วมด้วย และบุคลากรแต่ละวิชาชีพควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ผู้ป่วยควรได้รับการในเรื่องอะไรบ้าง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ รวมถึงสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควรมีการวัดผลลัพธ์อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Benefits / Outcomes)

พยาบาลจิตเวชชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น และนำมา พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 จากการกำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก “การบำบัดดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร” ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

Population: Forensic psychiatric patients

Intervention: Community Treatment, Forensic Community Treatment

Comparison intervention: none

Outcome: rehospitalization, recidivism

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Keyword) ได้แก่ Forensic Psychiatric, Community Treatment, Forensic Community treatment, rehospitalization, recidivism

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์มีเกณฑ์ดังนี้

- 1) คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน
- 2) ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 - 2010
- 3) เลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้
- 4) คัดเลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

2.1.3 วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และแหล่งสืบค้นอื่นๆ ดังนี้

- 1) ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้ www.Guidelines.gov
- 2) ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org

3) ฐานข้อมูลวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ACM Digital, Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, PubMed, Ovid

4) การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่สืบค้นได้

5) การสืบค้นด้วยมือ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยนิติจิตเวช ได้แก่ ตำรานิติจิตเวชศาสตร์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย รายงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยนิติจิตเวช

2.2 วิธีประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization) ของ Polit and Beck (2006) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ 3.1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติใน สถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และ 3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมี เกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของ Melnyk and Fineout – Overholt (2005)

3. ผลการดำเนินการ

ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO Framework ในการ กำหนดคำสืบค้น แล้วทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เข้าเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 1 เรื่อง ระดับ 6 เป็นงานวิจัย one - group pretest-post test 3 เรื่อง และระดับ 7 เป็นงานวิจัย literature review 2 เรื่อง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการถูกจับกุมคุมขังซ้ำ ยังมีการศึกษาวิจัยน้อย ปัจจุบันพบเพียงงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (Forensic Assertive Community Treatment: FACT) ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: ACT) ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive Case Management: ICM) โดยมีการบูรณาการงานบริการทางด้านสุขภาพจิต งานบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม และงานบริการทางด้านสังคม เข้าร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) รวมทั้งการนำเอาทรัพยากรหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสามารถให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งสาระสำคัญของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (FACT) มีดังนี้

1. ปรัชญาในการบำบัดรักษา (Treatment philosophy) (Lamb et al., 1999: Level VII)

ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกในชุมชนในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ปฏิเสธการรักษา และก่อคดีซ้ำบ่อยๆ มีหลักปรัชญาในการให้บริการ ดังนี้ 1) บริการจะมุ่งเน้นการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของสาธารณชนด้วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณะ 2) ให้ความสำคัญกับการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้บำบัดมีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยคำนึงหลักจริยธรรม จรรยาบรรณของการบำบัดรักษา และกฎหมาย 3) เป็นการบำบัดดูแลเป็นทีม สมาชิกทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง 4) มีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นและเหมาะสม 5) มีระบบสารสนเทศที่ดีเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็น 6) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการบำบัดและฟื้นฟู 7) ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสามารถควบคุมตนเองได้

2. หลักการพื้นฐานการให้บริการรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชมี ดังนี้ 1) หน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนของผู้รับบริการ 2) สามารถให้บริการต่างๆ ที่บ้านหรือที่ผู้รับบริการอยู่อาศัยได้ 3) เป็นบริการที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงถ้าจำเป็นเช่นเมื่อเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน 4) ให้บริการโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 5) บริการภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 6) ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามปัญหาและความต้องการรับบริการ 7) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ รวมทั้งการเข้า

รักษาในโรงพยาบาล 8) ให้ความสำคัญกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน 9) การทำงานเป็นทีม ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูภาวะปกติของผู้ป่วย 10) หลักพื้นฐานของการให้บริการคือ การจัดการความเสี่ยงรายบุคคลและการวางแผนฟื้นฟูสภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII)

3. ลักษณะของทีมงานบริการผู้ป่วยนิติจิตเวชเชิงรุกในชุมชน

เนื่องจากการบำบัดดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีลักษณะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอาจเป็นการดูแลต่อเนื่องจากเรือนจำหรือการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานพยาบาล กลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นจึงมีการร่วมมือของหน่วยงานใน 2 ระดับคือ

1) ทีมบริหารโครงการ (Project manager team) ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร/ผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งบริการด้านจิตเวช บริการทางด้านสังคม และบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารเพื่อร่วมกันกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาและติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยมีพยาบาลจิตเวชที่มีวุฒิปริญญาโททำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (Project Link, 1999: Level VI)

2) ทีมปฏิบัติงาน การบำบัดผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน (Forensic Assertive Community Treatment Team) เป็นทีมปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากทั้ง 3 องค์การดังกล่าว 1 ทีมประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 6 - 7 คนต่อ ผู้ป่วย 60 - 70 คน ซึ่งทีมสุขภาพจิตได้แก่จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา ผู้ติดยาเสพติด เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการสังคมอาจทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการต่างๆ ในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการด้านกระบวนการยุติธรรม เช่น เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการจะได้รับการบริการจากทีมบำบัดเคลื่อนที่อย่างครอบคลุมครบวงจร ทั้งการบำบัดแบบเข้มข้นเมื่อมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และการบำบัดต่อเนื่องระยะยาวเมื่ออาการคงที่ เช่น เข้าร่วมโปรแกรมประคับประคองในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถนะด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง (Cusack et al., 2010: Level II)

4. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช

ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ควรได้รับการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลควรมีลักษณะ ดังนี้

1) ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรังได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder, Psychotic Disorder not otherwise specified อายุ 18 ปีหรือ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3) มีประวัติ

ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ 1 ครั้งขึ้นไปหรือมีประวัติกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 1 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 ปี (Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

5. การจัดการบริการต่างๆ ในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

จากปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งการบำบัดรักษาและทางสังคม และมีปัญหาทางกฎหมายดังกล่าว ดังนั้นรูปแบบของบริการจึงมีรูปแบบที่ให้บริการทั้งด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านการสังคม และการบริการทางด้านการกระบวนกรยุติธรรม ไปพร้อมๆ กันโดยบริการด้านต่างๆ มีดังนี้

5.1 การให้บริการทางด้านสุขภาพ

เป็นการบริการเชิงรุกให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อให้สะดวกในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยตระหนักถึงความเท่าเทียมกัน ความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะเวลาทุเลาและอาการคงที่ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Cusack et al., 2010: Level II) ซึ่งมีรูปแบบของการให้บริการ ดังนี้

5.1.1 การบำบัดดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี (Integrating treatment and case management) การจัดการรายกรณี เป็นกลยุทธ์ในการประสานความร่วมมือที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาโรคจิตเวชอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ได้รับการที่จำเป็นจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ การประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตสังคมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีหลักพื้นฐานในการให้บริการที่เน้นความถี่ของการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการนำนวัตกรรมบำบัดลงสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้จัดการรายกรณียังมีบทบาทในการช่วยเหลือในห้องพิจารณาคดีของศาล เมื่อผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และพวกเขาจะรับรู้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือเขาได้ ขณะเดียวกันผู้จัดการรายกรณีก็มีอำนาจในการจัดการกับพฤติกรรมที่นำไปสู่การกระทำความผิดอาญาของผู้ป่วยได้ (Cusack et al., 2010: Level II)

5.1.2 การให้บริการในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้จัดการรายกรณีต้องแจ้งให้หน่วยบำบัดเคลื่อนที่(Mobile treatment team) เข้าไปช่วยเหลือทันที ควรมีหน่วยบำบัดเคลื่อนที่พร้อมไปให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หน่วยบริการต้องสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงและการก่อคดีซ้ำ ถ้ามีความจำเป็นต้องเข้าไปปรับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ต้องอำนวยความสะดวกให้ได้รับการรักษา เมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตสงบสามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้มารับการบำบัดรักษาใน

โปรแกรมระดับประคองในชุมชน (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI)

5.1.3 การบำบัดต่อเนื่อง เป็นการบำบัดในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการที่สามารถควบคุมตนเองได้แล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้มารับการบำบัดรักษาในโปรแกรมสนับสนุนระดับประคองในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง พื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงสุด ลดการพึ่งพิงผู้อื่น (Cusack et al., 2010: Level II) ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดดูแลต่อเนื่องมี ดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Therapeutic living arrangements) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/เรือนจำเป็นระยะเวลา ยาวนาน ก่อนที่จะจำหน่าย/ปล่อยตัวกลับเข้าไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่มีโครงสร้างเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีโครงสร้างเลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการค่อยๆ ลดระดับโครงสร้างลงไปเรื่อยๆ เช่น จากเรือนจำหรือโรงพยาบาลนิติจิตเวช ไปสู่ชุมชนแบบปิด เช่น บ้านพักชั่วคราว (ชุมชนที่มีการควบคุมสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมด) หลังจากนั้นให้ไปอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมแล้วจึงให้ไปอยู่ในครอบครัวหรือไปใช้ชีวิตโดยลำพัง ต่อไป (Lamb et al., 1999: Level VII)

2) การบำบัดรักษาแบบมีโครงสร้าง (The need for structure) โดยรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชจะมีลักษณะเป็นคำสั่งบังคับรักษาให้อยู่ภายใต้ระบบกระบวนการยุติธรรม (Using authority comfortably) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดการควบคุมตนเองภายใน (lack internal controls) ดังนั้นในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแผนการดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาที่แน่นอน เรียนรู้และฝึกเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ให้การบำบัดมีอำนาจในการโน้มน้าวผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งงานอาชีพใหม่ในสถานภาพของการเป็นผู้ป่วยนอก (Lamb et al., 1999: Level VII)

3) การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย (Treatment residence) พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไร้บ้าน (Homeless) หรือยังไม่พร้อมที่จะกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชน รวมทั้ง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา มีผู้เฝ้าในที่พักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง ในการเฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกด้านที่บ้านพัก และเพื่อให้สามารถพึ่งตัวเองได้ในที่สุด (Cusack et al., 2010: Level II)

5.1.4 การจัดการพฤติกรรมรุนแรง (management of violence)

การบำบัดเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงมีดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องมีการลงนามรับทราบความคาดหวังของพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดขึ้นในอนาคต ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความตื่นตัวมีความมั่นคงทางอารมณ์ และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง การใช้สุราหรือยาเสพติดฯ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต่างๆ รวมถึงยาต้านโรคจิตเวชกลุ่มใหม่ และยากลุ่มอื่นๆ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย เป็นต้น (Lamb et al., 1999: Level VII)

5.1.5 การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการ

บำบัดดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตโดยพึ่งตนเองได้ดีขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมบำบัด เช่น การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด อารมณ์โกรธ และการจัดการกับอาการทางคลินิกต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จิตบำบัด นันทนาการบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ติดสารเสพติดนิรนาม การบริการสายด่วนให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง การบำบัดเหล่านี้ช่วยให้การบำบัดได้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในเรือนจำหรือในโรงพยาบาล บ้านพักชั่วคราว โรงพยาบาลกลางวันและต่อเนื่องไปให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ บางกิจกรรมให้การบำบัดโดยนักวิชาชีพในทีม บางกิจกรรมก็บำบัดในลักษณะอาสาสมัครหรือเพื่อนช่วยเพื่อน โดยบำบัดที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ (Cusack et al., 2010: Level II)

5.1.6 การให้ความรู้และทักษะการดูแลกับเครือข่ายที่

เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรทางสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ตัวอย่างเครือข่ายในการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลได้แก่ สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้พิทักษ์สิทธิฯ ญาติ ผู้ดูแลบ้านพัก และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษา (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI)

5.2 การบริการทางด้านสังคม (Cusack et al., 2010: Level II)

เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับบริการทางด้านสังคมต่างๆ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐหรือองค์กรเอกชนจัดให้ ดูแลให้ได้รับบริการทางด้านสังคม ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต บริการที่ให้ประกอบด้วย

5.2.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับปัจจัยพื้นฐานในการ

ดำรงชีวิต เช่น จัดให้มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ปลอดภัย การดูแลให้ได้รับสิทธิสวัสดิการ เช่น เงินกองทุนเลี้ยงชีพ สิทธิการได้รับบำบัดรักษาฟรี ตลอดจนจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและสนับสนุนเรื่องยา

5.2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เช่น ส่งเสริมการใช้บริการขนส่งมวลชน ฝึกการประกอบอาหารง่ายๆแต่มีคุณค่า ส่งเสริมการทำงานอาชีพ โดยการประสานงานกับสถานประกอบการ ที่อยู่ในชุมชนให้จ้างงานทำ มีรายได้ ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายเงิน ส่งเสริมศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการเงินด้วยตนเอง และดูแลให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรสนับสนุนในชุมชน

5.2.3 การส่งเสริมแรงจูงใจในการดำรงชีวิต (Motivation to persevere and remain involved with life) การเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง และคิดด้านบวก การส่งเสริมการทำงานอาชีพและกิจกรรมทางสังคม

5.3 การบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม

การใช้อำนาจอย่างชอบธรรมเกี่ยวกับการบังคับรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยได้รับการอำนวยความสะดวกจากศาลในการกำหนดเงื่อนไขในการปล่อยตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาระผูกพัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง และมีประวัติไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้บุคลากรผู้ให้การบำบัดสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและหลีกเลี่ยงการใช้สุราหรือสารเสพติด (Cusack et al., 2010: Level II)

5.3.1 มีการประสานงานระหว่างบุคลากรผู้ให้การบำบัด และระบบกระบวนการยุติธรรม (Liaison between treatment staff and the justice system) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบำบัดรักษาในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ก็จะต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรทีมผู้ให้การบำบัดรักษาและบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมซึ่งรวมถึงศาล ทนายความประจำเขตพื้นที่ สำนักงานควบคุมความประพฤติ และผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยต้องให้การยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับในมุมมองที่แตกต่าง และทั้งสองหน่วยงานจะต้องมีเป้าหมายในการทำงานเหมือนกัน (Cusack et al., 2010: Level II)

5.3.2 เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการด้านกระบวนการยุติธรรม บางทีมบำบัดในชุมชนถือเป็นเพียงผู้ร่วมงานที่ต้องทำงานประสานกัน แต่บางทีมนำเจ้าหน้าที่จากงานบริการด้านกระบวนการยุติธรรมมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีมบำบัด มีบทบาทในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารับการบำบัดรักษา ติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขการปล่อยตัวและบันทึกรายงานความก้าวหน้าของอาการทางคลินิกและความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยละเมิดคำสั่งศาลจะต้องถูกเพิกถอนจากสถานภาพการเป็นผู้ป่วยนอก ต้องกลับเข้าไปอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการของราชทัณฑ์หรือใน

แผนผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและสามารถควบคุมตนเองได้แล้วจะต้องได้รับการอนุญาตให้ได้รับสิทธิในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดยง่าย ดำเนินการโดยคำนึงถึงความสะดวกของสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณะ (Lamb et al., 1999: Level VII; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

6. บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ (Lamb et al., 1999: Level VII; Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

เนื่องจากรูปแบบของบริการเป็นการให้บริการจากหลายสาขาอาชีพ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

6.1 จิตแพทย์ มีบทบาทในการประเมินสภาพจิต ตรวจวินิจฉัย ให้การบำบัดรักษา ให้ความรู้และฝึกอบรมแก่สมาชิกทีม และส่งเสริมให้มีการผสมผสานระหว่างบริการทางด้านคลินิก การบริการทางด้านสังคมและด้านกระบวนการยุติธรรม

6.2 พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ามาร่วมโครงการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ในเบื้องต้น และให้การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย ในกรณีนำผู้ป่วยมาอยู่ในบ้านพักที่จัดให้บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด นิเทศการปฏิบัติงานของผู้พิทักษ์สิทธิฯ และให้ความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในกรณีผู้พิทักษ์สิทธิฯ ไม่ใช้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจิต และให้ความรู้กับเครือข่ายดูแลผู้ป่วย

6.3 ผู้พิทักษ์สิทธิฯ (case advocates) อาจจะเป็นบุคลากรจากหน่วยบริการทางสังคมในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่มีวุฒิบัตรจบปริญญาตรี และมีความรู้ทางด้านกฎหมาย มีบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางด้านสุขภาพ การบริการทางด้านสังคม และบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม ตลอดจนส่งเสริมการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบซ้ำ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในห้วงพิจารณาตัดสินคดีของศาล เพื่อให้ได้รับการพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการบำบัดรักษา ผู้พิทักษ์สิทธิฯ 1 คนรับผิดชอบผู้ป่วยไม่เกิน 20 คน มีความพร้อมให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

6.4 เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการทางด้านการยุติธรรม (อาจเป็นสมาชิกคนหนึ่งในทีมบำบัดหรือเป็นเพียงมีการประสานงานกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเท่านั้น) มีบทบาทในการส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษากับ FACT ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา ติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเงื่อนไขการปล่อยตัว

6.5 ผู้ให้บริการในบ้านพักอาศัย (residence staff) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวหรืออยู่ในชุมชนได้ ผู้ดูแลบ้านพัก มีบทบาทในการนิเทศใน

บ้านพักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำงานร่วมกับทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile treatment team) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในชุมชน เฝ้าระวังในเรื่องการใช้สารเสพติด และดูแลความเรียบร้อยของบ้านพักอาศัย

6.6 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษคือ ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาในโครงการจนพ้นภัยดีแล้ว มาทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนโดยทำงานเต็มเวลา (Cusack et al., 2010: Level II)

7. การประเมินผลลัพท์

7.1 ประเมินจำนวนครั้งและระยะเวลาของการกลับเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลและการถูกจับกุมคุมขัง โดยตรวจสอบจากบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาล บันทึกการจับกุมของตำรวจ บันทึกของสำนักงานคุมประพฤติ และบันทึกของหน่วยงานราชทัณฑ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการบำบัด เป็นระยะอย่างน้อย ทุก 3 เดือน

7.2 ประเมินความสามารถการทำหน้าที่ในชุมชนโดยใช้ Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Lamberti et al., 2001: Level VI)

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิโคติติเว (FACT) มีประสิทธิผลในการลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดการถูกจำคุกซ้ำ ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติและศึกษาเพิ่มเติมมีดังนี้

1. ควรมีนโยบายและแผนการปฏิบัติงานร่วมกันที่ถูกกำหนดจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมและกฎหมาย เนื่องจากรูปแบบการบำบัดเป็นการทำงานแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นเพื่อให้การนำผลการศึกษานี้ไปปฏิบัติจริงได้ จะต้องมียุทธศาสตร์ในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบในระดับปฏิบัติงานสามารถประสานงานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศนิวซีแลนด์ การที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยควรมีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมิน กระบวนการทำงาน ปัญหาอุปสรรค ผลลัพท์ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง รวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าคุ้มทุน

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากรของแต่ละหน่วยงานรวมทั้งอาสาสมัคร ทั้งด้านความรู้ ทักษะคติ และทักษะในการปฏิบัติงาน และแนวทางในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับมุมมองที่แตกต่างและร่วมมือกันในการให้บริการผู้ป่วยในบุคลากรต่างหน่วยงาน ต่างกระทรวง อาจจัดในลักษณะการฝึกอบรมร่วมกันแบบไขว้สายงานกัน (cross - trained) ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานของกันและกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีระบบสารสนเทศที่ดี เพื่อให้สามารถวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) ที่จะนำมาปรับใช้ในเมืองไทย ถึงแม้การศึกษาวิจัยในต่างประเทศยังมีน้อยแต่ก็พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ดีขึ้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น นี้เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นผู้ให้บริการหลักเพียง 1 คน และมีการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องน้อยกว่า FACT ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยแต่ละราย น้อยกว่า น่าจะมีความคล่องตัวและความเป็นไปได้มากกว่าในการปฏิบัติจริง

COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION
FOR FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS: EVIDENCE-BASED NURSING

WERAYUTH BUPPHATA 4936688 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

1.1 Background and Significance of the Problem

Currently, forensic psychiatric patients committing crimes are increasingly jailed. A study in 79,211 American prisoners by Baillargeon (2009) revealed that among this number 7,878 (9.94 %) prisoners having major psychiatric disorders. In addition, the psychiatric prisoners had an incidence to be jailed 1.7-2.4 times higher than did their counterparts. Tennent and Way (1984) conducted a follow-up study in 617 British forensic psychiatric patients, who were discharged from mental health hospitals and did not receive continuous treatments in the community. The researcher found that 129 (20.9%) patients had repetitively committed serious crimes and 399 (55%) once again committed non-serious crimes. In Thailand Somanas et al. (1991) conducted a study to follow 122 forensic psychiatric patients after one-year discharge from mental health hospital. The study showed that 30 (39.5%) patients repeatedly committed crimes or known as recidivism. Most crimes were related to physical assaults and lives.

Previous studies revealed four following major causes that made forensic psychiatric patients have severe mental relapses leading to rehospitalization and/or repeatedly committing serious crimes. 1) Personal factors. It was found that most patients denied their mental sickness. Some patients had a lack of knowledge about

their sickness and its relapse prevention. As a result, they denied taking antipsychotics, oppose the given treatment, and also drink alcohol or use addictive substances. These factors cause caused severe mental relapse of the patients and high recidivisms (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999). 2) Family factors. Skipworth and Humberstone (2002) Study found that They had no love and bonding in their families. the patients lack of support continuous therapy When they had mental relapses, their relatives refused to help them. Some patients were chased away from the house and became homeless persons (Caton et al., 1994). Patients had a living-life style as a circle of street/public place-prison-psychiatric hospital (Lamb et al., 1999; Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002). 3) Social factors. When psychiatric patients had relapses and committed serious crimes, the patients had double stigma as “ psychiatric patients and criminals.” Societies considered the patients as dangerous persons. Therefore, they were refused from the societies and not allowed to live in the community. Consequently, the patients did not get helps regarding foods, residing places, and jobs. Social isolation and rejection caused the patients’ stress leading to their mental relapses and more abnormal behaviors (Appelbaum, Hickey, & Packer, 2001). Social isolation and not-enough supports from the society cause the patients to have recidivisms (Skipworth & Humberstone, 2002). 4) Mental health care system. Mental health care personnel, who provided mental health care services to the patients in the community, did not have a skill in assessing severely aggressive behaviours or hidden aggressive behaviours of persons as well as did not have a skill in violent- or aggressive-behaviour management (Skipworth & Humberstone, 2002). In addition, these personnel felt unsafe to provide health care to the patients in their residing community (Lamb et al., 1999). Another cause that made the patients have rehospitalization and/or recidivisms came from a lack of assessment from mental health centers and a lack of coordination with a helping system in the community so that patients did not receive constant care (Lamberti et al., 2001; Skipworth & Humberstone, 2002).

The results of mental relapses and rehospitalisation and/or recidivisms directly impacts the patients themselves, their families, and societies as a whole. 1) Patient impacts. When patients frequently had mental relapses and were incarcerated, they would have mental distress, feel stigmatized, and have no self-confidence. They

also did not dare to interact with other people, felt no self-esteem, and felt being unwanted. 2) Family impacts. The families of forensic psychiatric patients live with anxiety towards the aggressive behaviours of patients. They thought that the patients were their burdens. This situation caused the stress and weariness to the families so that the families and patients may have strong emotional expression to each other (Chayintu & Satra, 2000). Ukranant and Veerapongseth (1998) study compared to general inmates, found that forensic psychiatric patients had more chances to make violence. The victims of their violence were family members, with whom the patients had quarrels. The violence had no plan and no obvious motivation. However, the result of violence was the death from injury, rather than from intended killing 3) Social impacts. After the violence case was thoroughly broadcasted on the news about the violence behaviours of the forensic psychiatric patient injuring a victim, society had fear and people felt unsafe in their lives and properties. As a result they viewed the patients as dangerous and scary persons (Skipworth & Humberstone, 2002; Choowong & Jakrapant, 2006).

Galya Rajanagarindra Institute, the first forensic psychiatric institute in Thailand, is responsible for providing diagnosis, therapy, and rehabilitation to forensic psychiatric patients, who are referred to the institutes as criminal-justice cases. The institute has a practice rule in providing forensic psychiatric care and services to the patients in the community after they are discharged from the institute. Up to date the division of community forensic-psychiatric care of the institute has followed that rule. However, it is found that some patients still have high relapses and recidivisms. For example, a statistical report in 2009 showed that there were 192 forensic psychiatric patients discharged from the institute. Of these patients, 173 were referred to health care centres in the community for continuous care. Of 173 patients, 25 patients got mental relapses (14%); 1 patient re-committed a crime. Of 19 patients, who received care from the forensic psychiatric team and health care personnel in the community, 6 patients got mental relapses (31%) (Statistical Report of the Division of Forensic Psychiatric Community Care, Galyarajanagarindra Institute, 2009).

As a result, the investigator as a practice nurse working at a clinic of Galya Rajanagarindra Institute was interested in studying the evidence-based model of care and treatment for forensic psychiatric patients in community to reduce mental relapses,

rehospitalisation, and recidivisms. Based on a review of literature, I found that an assertive community treatment had been used vastly and effectively. For example, in United Kingdom, New Zealand, and the United States this treatment was effective in reducing rehospitalization and re-incarceration.

In Thailand a community treatment for forensic psychiatric patients was developed and studied. For example, Sriwongwan (2003) studied a pattern/program of community treatment for forensic schizophrenic patients. The program employed a multidisciplinary team in providing a 4-week treatment program consisting home visit to the patients. The evaluation was conducted at the end of treatment. Compared with the score before entering the program, patients had significantly higher scores of self-care after home visit by the multidisciplinary team ($p < .05$). For another example, Kraipassarapong (2008) conducted a descriptive study to compare the effectiveness of a traditional community treatment with that of a treatment program of “drug-mind-habit-change-warning” in reducing mental relapses, rehospitalisation, recidivisms, and treatment accessibility rate in forensic psychiatric patients ordered by the court to be treated according to the Criminal Act 48. The study showed that there was no significant difference between both treatments.

According to the review of literature on the community treatment for forensic psychiatric patients, it was found that forensic assertive community treatment (FACT) has been used in the practice of many countries. FACT can reduce rehospitalization of patients. In addition, intensive case management has been also applied to the patients in community. Accordingly, the investigator is interested in studying the evidence-based treatment programs for forensic psychiatric patients in community to reduce mental relapses, rehospitalisation, and recidivisms. As a result, these programs are analyzed and synthesized for a further development of a standard treatment-practice guideline for forensic psychiatric patients in community.

Clinical problem of interest

Currently, there are rather high rates of mental relapses and rehospitalization of forensic psychiatric patients discharged from Galya Rajanagarindra Institute and particularly those patients who have problems with self care, no antipsychotics taking, and alcohol drinking or substance abuse.

Approximately, 30% of these patients have relapses annually. Accordingly, the investigator needed to study evidence-based treatment programs for forensic psychiatric patients in community for what the programs should be, what services the patients should receive to prevent their relapses and to better perform their role functions leading to better quality of life, if the treatment should be provided by a multidisciplinary team, who should provide the treatment to patients in community, what role function each person should perform, and how the treatment can be evaluated.

Purposes of the study

This study was aimed to study community treatment programs for forensic psychiatric patients in reducing mental relapses and rehospitalization.

Expected outcome

Psychiatric community nurses increase their understanding in treatment programs for forensic psychiatric patients and use these programs to develop a clear and effective practice guideline for providing care and treatment to forensic psychiatric patients in community.

2. Method

2.1 Search for evidence

In order to retrieve research studies and evidence-based practice pertinent to the study of interest, the investigator sought for the evidence regarding the patterns of therapy for forensic psychiatric patients in community. In the search for evidence, the investigator specified keywords and applied PICO framework (Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005). In this study, PICO was specified as follow:

P (Population): Forensic psychiatric patients

I (Intervention): Forensic Community Treatment, Forensic Community Intervention

C (Comparison intervention): none

O (Outcome): rehospitalization, recidivism

Therefore, in the search for evidence the investigator used the following keywords: forensic psychiatric, forensic community treatment, forensic community intervention, rehospitalization, and recidivism.

2.2 Criteria to select the evidence. In order for the evidence to be selected, it needed to be the evidence-based practice or research studies that are pertinent to the treatment and therapy programs for forensic psychiatric patients in community. The evidence included all levels of evidence that was published either in Thai or in English from 1999-2010 and that was a complete-reported study.

2.3 Sources of evidence-based practice. The investigator used the following electronic databases and sources.

1. Practice guideline databases from some organizations such as National Guideline Clearinghouse
2. Databases of systematic review studies such as the Cochrane Collaboration ([www. Cochrane.org](http://www.Cochrane.org)).
3. Databases of nursing and allied health research such as ACM Digital, Blackwell Synergy, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Science Direct, PubMed, and Ovid.
4. Electronic and hand search from reference lists of research articles or sought research studies.
5. Hand search for published evidence-based practice regarding forensic psychiatric patients such as from forensic psychiatry books, Journal of Mental Health of Thailand, and reports of studies about forensic psychiatric patients.

2.4 Assessment for quality and hierarchy of evidence

2.4.1 Evidence analysis and quality assessment

The investigator extracted, analyzed, and synthesized the contents of each study into a collective table. He applied the utilization criteria of Polit and Beck (2006) to assess the quality of evidence. The utilization criteria are composted of 1) clinical relevance (how much the study is related to the clinical problem), 2) scientific merit (how well the study was scientifically conducted), and 3) assessing implementation potential. The implementation potential consist of 3.1)

transferability of finding (the evidence can be transferred to clinical practice), 3.2) feasibility of implementation (it can be applied into real practice), and 3.3 cost-benefit ratio (it has reasonable cost and benefit for clinical application).

2.4.2 Evidence hierarchy assessment

The investigator applied the hierarchy of evidence rating system (Mulnyk & Fineout-Overholt, 2005) to evaluate the strength of evidence. Mulnyk and Fineout-Overholt classified the level of evidence into 7 levels. That is, the evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs is in level 1 whereas the evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees is in level 7. According to the review of literature on the therapy for forensic psychiatric patients in the community, there were 6 pertinent studies: 1 randomized controlled trial (level II), 3 one – group pretest–posttest studies (level VI), and 2 literature-reviewed reports (level VII).

3. Recommendations

According to the literature review for evidence-based practice and studies, it was found that few studies had been conducted about the model of treatment for forensic psychiatric patients in community to reduce rehospitalization, recidivism, and re-prisoning. Only one model of treatment was found for this particular clinical problem. This model was conducted to evaluate the outcomes of assertive treatments for forensic psychiatric patients in community. In the study Forensic Assertive Community Treatment: FACT was applied in a combination of Assertive Community Treatment: ACT and Intensive Case Management: ICM. The study integrated mental health services with criminal justice services and social services to provide mental health care and services to forensic psychiatric patients in community. This community partnership included resources and organizations in the community for the comprehensive care and services given to the forensic psychiatric patients. What follows is a content of FACT.

1. Treatment philosophy (Lamb et al., 1999: Level VII)

In order to provide effective community services and therapy to forensic psychiatric patients, particularly to the patients who have complex problems such as those who are severely aggressive, refuse to get the treatment therapy, and often recommit crimes, a clear treatment philosophy needs to be established for the practice of providing the therapy. This philosophy includes the following practices. 1) The services and therapy emphasize patients' rehabilitation as well as are responsible for public safety; The services and therapy consider a balance between patients' right and public safety. 2) The therapy prioritizes aggressively behavioral management. The therapists need to have enough power in order to control patients' behaviors. In this case, the therapy considers ethical concepts, therapeutic ethics, and law. 3) The therapy is a team-approach therapy that has a community partnership to provide wholistic and continuous care and services. 4) The therapy has a case manager coordinating among involved organizations and persons to help patients in receiving appropriate and necessary services. 5) The therapy has a good information technology system so that involved personnel can access to essential information. 6) Patients participate in setting a goal of therapy and rehabilitation. 7) Patients have skills in facing with situations inducing their stress so that they can control themselves.

2. Basic concepts of assertive community treatment for forensic psychiatric patients are composed of the following components.

1) Treatment service center is located in the community, where the patients reside in. 2) The members of therapy team, as a mobile team, can provide therapy and services at home or patients' residences. 3) The services and therapy are easily accessible to the patients throughout 24 hours and 7 days a week, if it is necessary such as a case of emergency. 4) The patients are provided culturally informed services and therapy. 5) The good alliance between the therapists/service providers and patients must be established. 6) The services and therapy are provided to the patients as frequent as possible, according to the problems and needs of patients. 7) Patients can easily access to all kinds of services, including rehospitalization. 8) The services and therapy emphasize working with patients' families and significant community partnership or social network. 9) The services and therapy emphasize team working as a key of care to patients' recovery. 10) The services and therapy put an

emphasis on delivering care based on individual risk management and constantly mental rehabilitation plan (Skipworth & Humberstone, 2002: Level VII).

3. Characteristic of FACT team

The treatment for forensic psychiatric patients is provided by a multidisciplinary team. The team provides continuous care and services to the patients at prison or at in-patient department of hospital and in community. Therefore, the therapy needs two levels of team cooperation.

1) Project manager team. This team is composed of administrators or representatives from three involved organizations providing mental health care services, social services, and criminal justice services. This administrative team sets a strategic plan to develop and evaluate the project. A psychiatric nurse with master's degree works as a coordinator (Project Link, 1999: Level VI).

2) Forensic Assertive Community Treatment Team. This team works in helping patients in community. The team consists of the experts from all three organizations. A FACT team is composed of 6 - 7 personnel working with 60 - 70 patients. The mental health care service team has psychiatrists, psychiatric nurses, and occupational therapists. The social service team that assists the patients receiving all social services has social workers and officers from social service centers that work for case advocates. The criminal justice service team has the officers for criminal justice services such as probation officers, who coordinate with other teams to enhance the cooperation in therapy. Patients will receive the comprehensive and constant care and services from the mobile FACT teams. The teams provide an intensive therapy for the patients when they are in a crisis situation and continuous therapy when the patients are stable. For example, Community Support Program is a supportive program for patients in community that helps the patients to incessantly receive the therapy and rehabilitations (Cusack et al., 2010: Level II).

4. Characteristics of the patients

To be included in the FACT patients need to have 3 following inclusion criteria. 1) Forensic psychiatric patients, who have chronic and severe mental problems. These patients were diagnosed as having schizoaffective disorder, bipolar disorder, or psychotic disorder not otherwise specified. The patients are 18 years and older. 2) Patients have a history of being not well-cooperated in the therapy and

treatment at out-patient department. 3) Patients were jailed at least once and have a history of rehospitalization at least once within 1 year (Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II).

5. Community services for forensic psychiatric patients

In general, forensic psychiatric patients do not get the support for their mental health care and therapy as well as social support. They also have legal problems. Therefore, the pattern of community services for these patients includes all three service components: mental health services, social services, and justice services.

5.1 Mental health services

Mental health services are progressively provided to patients at home or community, where patients are residing. Therefore, it is convenient for the therapists to assist patients and it increases service accessibility to the patients. The therapists concern about the equality as well as language and culture differences. The therapists employ community resources to provide continuous mental health services to the patients, from mental crisis and stability to rehabilitations (Cusack et al., 2010: Level II). The pattern of mental health services is described as below.

5.1.1 Integrating treatment and case management.

This treatment model emphasizes the cooperation among a case manager, involved personnel, and organizations in community to be certain that patients receive continuous and right psychotic drug treatment as well as services they need from all useful resources in community. The case manager coordinates with therapy team, other personnel, and organizations to assist patients receiving a psychosocial therapy that is appropriate to each patient's needs and problems. The foundation of this treatment model puts an emphasis on the frequency of therapy in order to make patients trust in the treatment team so that they can comply with the therapy innovation and then practice it. The case manager also has a role in assisting the patients in the court room, if patients go back to criminal justice system. By doing so, the patients know that their case managers can help them. Additionally, the case manager has an authority to manage the patients' behaviours that can lead to convictions (Cusack et al., 2010: Level II).

5.1.2 Service provision in case of emergency

If a patient has a severe symptom tending to harm himself or others, a case manager needs to report to a mobile treatment team for immediate helps. A community should have a mobile treatment team available 24 hours. The mobile treatment team can immediately help the patient in order to prevent harmful behaviours and recidivism. If the patient needs hospitalization, the case manager helps the patient to get proper treatment. When the patient is mentally stable and can control himself, he will be referred to get a supportive therapy such as that in Community Support Program (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Lamberti, 2008: Level VI).

5.1.3 Continuous therapy

The continuous therapy is provided to the patients when they are mentally stable and can control themselves. A supportive therapy such as the Community Support Program is provided to the patients in community. This supportive program promotes continuous treatment to the patients. The program emphasizes rehabilitation to the patients in order to help them maximally taking care themselves and to reduce the dependent on other people (Cusack et al., 2010: Level II). The continuous therapy contains the following components.

1) Therapeutic living arrangements. If a patient has been treated in the hospital/prison for a long time, it is necessary that the therapy team prepares the patient before discharging the patient to live in a community either having minimal structures or no structure at all. The patient is gradually transferred from a prison or forensic psychiatric hospital to a closed community such as a temporary shelter, where all convenient things are in control, then to a day-care hospital, and finally to his family or independent living if he is ready (Lamb et al., 1999: Level VII).

2) The need for structured therapy. The pattern of structured therapy provided to forensic psychiatric patients is an order-type therapy. Under justice system the therapist team uses an authority comfortable to the patients in order to make them receive a continuous therapy. Since most patients have a lack in internal controls, at initial stage that the patients go back to live in community the therapy accentuates routine living and fix scheduled daily activity. Patients learn and train in coping with their daily problems. The therapists have a full authority to

persuade the patients cooperating in the therapy. The patients are trained in several skills and new occupations as they are treated as patients at out-patient department (Lamb et al., 1999: Level VII).

3) Treatment residence. This pattern of therapy was developed to assist homeless patients or the patients, who are not ready to go back to live with their family and community, and patients, who are substance abusers. The treatment residence is conveniently provided to the patients, who are receiving the therapy. At the treatment residence reside supervisors for the whole 24 hours. The supervisors facilitate the patients to receive a continuous therapy as well as promote and rebuild the patients' all capability at the residence so that finally the patients can be independent (Cusack et al., 2010: Level II) .

5.1.4 Mmanagement of violence

This therapy is aimed to control the violent behaviors of patients. In the therapy, patients need to sign their names to acknowledge the expected behaviors in the future. The therapists need to be alert, emotionally stable, and skillful in suitably managing patients' violent behaviors. The therapists manage risk situations that cause the violent behaviors. The examples of those situations include stressful events and drinking alcohol and drugs abuse. The therapists assist the patients in receiving antipsychotic drugs, both old and new versions, and other drugs to reduce their violent behaviours (Lamb et al., 1999: Level VII).

5.1.5 Psychosocial therapy

Psychosocial therapy promotes patients to have self-care ability and better live independently. Examples of the therapy include counseling on mental health problems and substance abuses, training skills in stress and anger management, managing clinical problems, and providing mental health education, psychotherapy, and recreational therapy to the patients. In addition, the patients are encouraged to be in a friend-help-friend group and a group of anonymous drug addicts. The patients also are encouraged to use public transportations when they go out to participate in an activity outside their residences so that they can have a self-care skill. The therapy has a hotline for 24-hour counseling. The psychosocial therapy can be given to the patients since they are in prison, hospital, temporary shelter, and in day-care hospital. The psychosocial therapy can be provided to the patients at

out-patient department or at community where patients reside (Cusack et al., 2010: Level II).

5.1.6 Network education

The therapy team members such as psychiatrists and psychiatric nurses provide knowledge and skills in taking care of patients to networks. Examples of the networks include family members of patients, village health volunteers, case advocates, residence supervisors, and other personnel, who are important in therapy. (Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI)

5.2 Social services The therapy team works to facilitate patients to receive all social services and welfares from the government and from private organizations. The therapy team also trains the patients in essential living skills. For the social services provision, the therapy team performs three important tasks. (Cusack et al., 2010: Level II)

5.2.1 The therapy team facilitates the patients to receive basic needs for living such as assisting the patients to have a steady and safe residence and to receive all welfares such as money from a living fund and free therapy. The therapy team also provides the patients cloths and a support to have antipsychotic drug treatment.

5.2.2 The therapy team provides a rehabilitation to patients to live in community. The therapy trains the patients in essential living skills. For examples, the therapy team encourages the patients to use a public transportation. The team teaches the patients about easy (but healthy) cooking. The team promotes the patients to have occupations. The team coordinates with business organizations in community for hiring the patients to work so that the patients can have some earnings. The therapy team also helps the patients in their money-payment plan, promotes patients' ability in their money management, and assists the patients to access all community supportive resources.

5.2.3 Motivation to persevere and remain involved with life.

The therapy team motivates patients to have self-esteem, hope, and positive thinking. The team also encourages the patients to remain

involved with life by promoting the patients to have work and participate social activities.

5.3 Justice services

The therapy team uses court sanctions to enforce patients to get treatment and therapy. The team is authorized by the court for the patients to have a therapy commitment. That is, the patients can be released from jail whenever they complete the therapy and therapy team considers them being safe to be released. This legal enforcement is a key to success in providing the therapy to severe forensic psychiatric patients having a history of no-cooperative outpatient treatment. Health care personnel at the out-patient department cannot coax the patients to get treatment and therapy and to avoid using alcohol or substance uses. Therefore, the use of court sanctions leads to the effectiveness of outpatient treatment and therapy (Cusack et al., 2010: Level II).

5.3.1 Liaison between treatment staff and the justice system.

For maximum effective outcomes, liaison between treatment staff and the justice system is a key component of providing the therapy for forensic psychiatric patients in community. It needs a close cooperation among therapy team members and justice system members including court, local lawyers, probation office, and patient counsellors or advocates. The members of both teams need to respect each other and accept different points because both teams have the same goal in working with patients (Cusack et al., 2010: Level II).

5.3.2 Justice officers

Some therapy teams consider justice officers to be only a liaison party. However, some teams incorporate justice officers into their therapy teams. The justice officers have a role in referring the patients to receive the therapy, have follow-up visits for supervising the patients to comply with the condition of jail release, and record the progress of clinical symptoms and therapy cooperation. Their roles enhance the patients to cooperate in the continuous treatment and therapy. If the patients break a court order, they will be withdrawn from being patients at outpatient department and they need to be back in the care of correction service centers or in-patient department. When the patients are mentally calm and can

control themselves, they are allowed to have a right to be treated as outpatient. The justice officers work with the therapy team and patients with a consideration of a balance between patients' rights and public safety. (Lamb et al., 1999: Level VII; Lamberti, 2008: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

6. Roles of multidisciplinary team (Lamb et al., 1999: Level VII; Project Link, 1999: Level VI; Lamberti et al., 2001: Level VI; Cusack et al., 2010: Level II)

The therapy for forensic psychiatric patients needs a multidisciplinary team. Each team member has following roles.

6.1 Psychiatrists: The role of psychiatrists includes performing mental assessment, making diagnosis, providing treatment, educating and training therapy team members, and encouraging a liaison among clinical and mental health services, social services, and justice system.

6.2 Psychiatric nurses: Psychiatric nurses having an experience in providing nursing care to psychotic patients and substance abusers have a role in screening patients to participate in the therapy program. The nurses also assist the patients to receive basic medical treatment and therapy in patients' residence. If the nurses bring patients to reside in a provided residence, the nurses give the patients counseling on mental health and substance uses. At the residence, the nurses also supervise the practice of case advocates and assist the advocators (if they are not mental health care personnel) in managing patients' clinical symptoms. Furthermore, the nurses provide knowledge and understand about the patients and therapy to networks.

6.3 Case advocates: Case advocates may be personnel from social service centers in the community, where patients reside in. The advocates have bachelor's degree and have a knowledge in law. Their role includes assisting the patients to receive health care services, social services, and justice services. The advocates promote the patients to perform their roles in community in order to prevent their mental relapse. The advocates also assist the patients when they are in court. In order to ensure that the patients receive the rights to get treatment therapy, one advocate has no more than 20 patients under his responsibility. The advocates need to be ready to provide the service to patients 24 hours.

6.4 Officers from justice service system. The officers can work as therapy team members or can act as liaisons between the therapy team and justice system staff to encourage cooperation and exchange information about the justice services and treatment therapy of patients. The officers also have a role in referring the patients to receive the therapy from with FACT. They encourage the patients to cooperate in the therapy and have follow-up visits to supervise the patients to conform with a condition of jail release.

6.5 Residence staff. If patients cannot go back to live with his family or in community, the residence staff have a role to supervise the patients in the residence 24 hours. The residence staff works with mobile treatment team to help patients in receiving the therapy and rehabilitation (for substance abusers). They also train the patients in community living skills, watch for substance abuses, and take care of the residence.

6.6 Experts. Patients, who used to receive the therapy in the program and are already heal, can have a full-time work as an expert in a program of friend-help-friend (Cusack et al., 2010: Level II).

7. Outcome evaluation

7.1 A number and duration of rehospitalization and of convictions and jailing. The therapy team evaluates the therapy outcome from a number and duration of rehospitalization and of convictions and jailing. In the evaluation, the team checks the information from hospital registry and crime record of police and of justice organizations such as probation office and correction offices. The team compares these outcomes before therapy, after the therapy, and periodically at least every 3 months.

7.2 The therapy team also assess a community capacity for community treatment for forensic psychiatric patients by using Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Lamberti et al., 2001: Level VI).

Suggestion for clinical application

According to the review of related literature on evidence-based practice of community treatment for forensic psychiatric patients, it was found that forensic

assertive community treatment (FACT) is effective in reducing rehospitalization and re-incarceration. In the application of the recommendations from this study in to a real practice and in further studies the investigator has some following suggestions.

1. This community treatment and therapy is provided to the forensic psychiatric patients by a multidisciplinary team. The organizations (such as mental health hospitals) should have a policy and action plan. In order to feasibly apply the result of this study into real practice the plan should be set together among authoritative persons of involved organizations of health care, social, and justice. These organizations include mental health hospitals, the Ministry of Public Health, Ministry of Justice, and Ministry of Labour and Social Welfare. Since. As a result, responsible personnel are distinctively assigned their roles in this community treatment.

2. This study was conducted by analyzing and synthesizing only 6 studies and these all studies were conducted in the United States and New Zealand. Therefore, in order to apply the results of this study in to a clinical practice in Thailand it needs a pilot study to assess the working process, problems and obstacles, outcomes, clinical feasibility, patients' satisfaction, and also cost-benefit ratio.

3. The organizations should prepare budget and also personnel and volunteers for their knowledge, attitude, and practice skills. The organizations need to prepare these personnel to respect each other, accept the different ideas, and to cooperate among different organizations and ministries for this community treatment. Cross-trained conferences or meeting among the involved organization may be established so that the personnel can have understanding in concepts and practice of each organization and also can exchange information among each other. In addition, the organizations need to have a good information system in order to plan for the treatment therapy comprehensively and continuously provided to the patients.

4. Further studies should be conducted about Intensive Case Management (ICM) that will be applied in Thailand. Even though there are few studies on ICM from abroad, it is found that ICM can help the patients to be better cooperative in the treatment therapy at outpatient department. ICM can be an alternative for community treatment for forensic psychiatric patients because ICM emphasizes only 1 key therapist and has fewer cooperation with involved persons than does FACT. In addition, the cost of ICM per each patient is less than that of FACT. In real practice ICM is more clinical feasible than FACT is.

รายการอ้างอิง

- กอบโชค จวงษ์ และสมชาย จักรพันธ์. (2549). ผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานครต่อผู้ป่วยจิตเภทและญาติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 14, 1-13.
- กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดียาเสพติดในชุมชน. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินดา โสมนัส ราณี ฉายินทุม และชนิษฐา บำเพ็ญผล. (2534). การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชคดีเพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำของโรงพยาบาลนิติจิตเวช. *วารสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช*, 2, 63-74.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2544). ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง: การศึกษาในเรือนจำ กรุงเทพมหานคร และเรือนจำบางขวาง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10, 77-88.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2551). การบังคับรักษาผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16, 108-118.
- ประกาศ อุครนันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ. (2541). ผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรง. *โรงพยาบาลนิติจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: (ม.ป.ท.)*.
- ราณี ฉายินทุม และนงลักษณ์ สาตรา. (2543). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรก และกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 6, โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- รณชัย คงสกนธ์. (2551). *ตำรานิติจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ค.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2552). สถิติผู้ป่วยนิติจิตเวชหลังพ้นโทษ งานนิติจิตเวชชุมชน. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: (ม.ป.ท.)*.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2553). *ระเบียบปฏิบัติการบริการผู้ป่วยนิติจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: (ม.ป.ท.)*.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15, 67-78.

- Appelbaum, K. L., Hickey, j. M & Packer, I. (2001). The role of correctional officers in multidisciplinary mental health care in prisons. *Psychiatric Services*, 52, 1343-1347.
- Badger, D., Vaughan, P., Woodward, M., & Williams, P. (1999). Planning to meet the needs of offenders with mental disorders in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 50, 1624-1627.
- Baillargeon, J., Williams, B. A., Mellow, J., Harzke, J. M., Hoge, S. K., Baillargeon, G., & Greifinger, R. B. (2009). Parole revocation among prison inmates with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 60, 1516-1521.
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Falix, A., & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265-207.
- Cusack, J. K., Morrissey, P. J., Cuddeback, S. G., Prins A., & Williams, M. D. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial. *Community Mental Health Journal*, 46, 356-363.
- Gary, S., Joseph, P., & Karen, J. (2008). How Many Forensic Assertive Community Treatment Teams Do We Need?. *Psychiatric Services*, 59, 205–208.
- Maevin, S.S., & Jeffrey, S.W. (2004). Involuntary outpatient commitment, Community treatment order and assisted outpatient: what's that's the data?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 585-591.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49, 483-498.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & Gross, B.H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. *Psychiatric Services*, 50, 907-913
- Lamberti, J. S., Weisman, R. L., Schwarzkopf, S. B., Price, N., Ashton, R. M., & Trompeter, J. (2001). The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention. *Psychiatric quarterly*, 72, 63-77.

- Lamberti, J. S., Weisman, R. L., & Faden, D. I. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatric Service*, 55, 1285-1293.
- Lamberti, J. S. (2008). Model community-based treatment program reduces hospitalization and jail time among people with mental illness and substance abuse. Retrieved February 26, 2011, from Robert wood Johnson Foundation Local Funding Partnerships Website: [http:// www.rwjf.org/reports /grr/032312.htm#int-grantinfo](http://www.rwjf.org/reports/grr/032312.htm#int-grantinfo)
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2006). *Nursing Research: Principle and Methods (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Project Link, Department of Psychiatry, University of Rochester, Rochester New York. (1999). Gold Award: Prevention of jail and hospital recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1477-1480.
- Roskes, E., & Feldman, R. (1999). A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1614-1619.
- Sadock, B.J., Sadoch, V.A. (2000). *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences? Clinical psychiatry (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychritrica Scandinavia*, 412, 47-53.
- Tennent, G., & Way, C. (1984). English Special Hospital - A 12-17 Year Follow-up Study - A Comparison of Violent and Non-Violent Re-Offenders and Non-Offenders. *Medicine Science and the Law*, 24, 81-91.



ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง ดังนี้

เรื่องที่ 1. Cusack, K.J., Morrissey, J. P., Cuddeback, G. S., Prins, A., & Williams, D.M. (2010). Criminal justice involvement, behavioral health services use, and costs of forensic assertive community treatment: A randomized trial. *Community Mental Health Journal*, 46, 356–363.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (Forensic Assertive Community Treatment: FACT) กับโปรแกรมการบำบัดในชุมชนตามปกติ (Treatment As Usual: TAU)
ทุน	กองทุนช่วยเหลือเพื่อลดการก่ออาชญากรรมสำหรับผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคจิต (Mentally Ill Offender Crime Reduction Grant: MIOCRG) ของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย
สมมติฐานงานวิจัย	1) ผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรม FACT มีอัตราการก่ออาชญากรรมซ้ำต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม TAU 2) ผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรม FACT มีอัตราการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม TAU 3) ผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงหลังเข้าร่วมโปรแกรม FACT มีค่าใช้จ่ายในด้านพฤติกรรมสุขภาพและค่าใช้จ่ายในกระบวนการพิจารณาความอาญาต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม TAU
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trials
ระดับงานวิจัย	Level II
Settingของการวิจัย	Central city มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ในระหว่างปี ค.ศ. 2000-2003
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ต้องขังที่ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำส่วนภูมิภาคของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่มาลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ของโครงการว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามเกณฑ์ Axis I of the DSM-IV

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	และเป็นผู้ที่มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิตเวชจำนวน 134 คน (กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกคือ ผู้ที่ถูกฟ้องร้องด้วยคดีร้ายแรง เช่น ฆาตกรรม ข่มขืนกระทำชำเรา และทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บสาหัส มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ A table of random numbers เข้าเป็นกลุ่มทดลอง FACT จำนวน 72 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ TAU จำนวน 62 คน กลุ่มประชากรที่เข้าโครงการส่วนใหญ่เป็นชาวอเมริกันเชื้อชาติ Caucasian (63%) เพศชาย (59%) อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 37 ปี (SD=10) กลุ่มตัวอย่าง (65%) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia-spectrum or other psychotic disorder เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรงและมีประวัติถูกจำคุกหลายครั้ง และในช่วง 12 เดือนก่อนมาลงทะเบียนเข้าร่วมการวิจัยมีค่าเฉลี่ยของการถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ 71 วัน (SD=75.8; median=55) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย (66%) ลักษณะประชากรของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องอายุ ซึ่งกลุ่มทดลองมีอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 4.5 ปี จึงนำเรื่องของอายุของผู้ป่วยมาเป็น covariate ในการคำนวณค่าสถิติต่างๆด้วย
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย	- บันทึกจำนวนวันของการถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ - ค่าใช้จ่ายทั้งหน่วยบริการสุขภาพและเรือนจำ
การบำบัด (Intervention)	นวัตกรรมบำบัดที่กลุ่มทดลองได้รับ (FACT) FACT เป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) และรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) และบูรณาการระหว่างการบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการถูกจับกุมคุมขังซ้ำ และส่งเสริมศักยภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับสูงสุด

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	นวัตกรรมบำบัดที่กลุ่มทดลองได้รับ (FACT) FACT เป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) และรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (ICM) และบูรณาการระหว่างบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการถูกจับกุมคุมขังซ้ำ และส่งเสริมศักยภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับสูงสุด ลักษณะสำคัญของโปรแกรม FACT - มีการใช้อำนาจบังคับตามกฎหมาย โดยได้รับการสนับสนุนจากศาล (court sanctions) ในการกำหนดเงื่อนไขในการปล่อยตัวคือ ให้เข้าร่วมการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะต้องถูกคุมขังซ้ำหรือให้กลับเข้าไปรับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในซ้ำ ถ้าผู้ป่วยละเมิดข้อตกลงตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น ไม่ไปรับการรักษาตามนัด มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งมีรูปแบบการให้บริการ ดังนี้ - เป็นการให้บริการในบริบทของผู้ป่วย แบบเป็นทีมอย่างครอบคลุมตามรูปแบบบริการเชิงรุกในชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินว่ารูปแบบโปรแกรมปฏิบัติตามข้อกำหนดของโปรแกรม ACT หรือไม่ ประเมินจากเครื่องมือ Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (Teague et al., 1998) ได้คะแนน 4.5 ในปี 1 และ 4.6 ในปี 2 จากคะแนน rang 1-5 รูปแบบของบริการจิตเวชเชิงรุกในชุมชน (ACT) มีดังนี้ - เป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว - มี Mobile Treatment Team พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ และมีทีมไปดูแลเมื่อมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน - สัดส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการต่ำ (Advocacy 1:10 or 1:20) - มีการบำบัดรักษาทางด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด - จัดบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม - ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	- มีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสมรรถนะในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย - ให้การสนับสนุนในเรื่องบ้านพักอาศัยในผู้ป่วยที่ไร้บ้าน - ช่วยเหลือในเรื่องการงานอาชีพ - ช่วยเหลือให้ได้รับสวัสดิการต่างๆ และบริการทางด้านสังคมที่จำเป็น - เน้นการช่วยเหลือทางด้านกระบวนการยุติธรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น การช่วยเหลือในห้วงพิจารณาดีของศาลเพื่อพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการบำบัดรักษา แทนการถูกจำคุกในเรือนจำ - ประสานงานกับบุคลากรผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ ถ้าผู้เข้าร่วมโครงการถูกจับกุมขังในเรือนจำในช่วงระหว่างที่ทำการศึกษาวิจัย บุคลากรในเรือนจำจะเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และมีการแจ้งบุคลากรของสมาชิกทีม FACT ให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย นวัตกรรมบำบัดที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับ (TAU) ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดตามปกติ (TAU) จะได้รับการบริการทางด้านสุขภาพตามปกติที่รัฐจัดให้ ซึ่งการบริการดังกล่าวประกอบด้วย - การประเมินสภาพจิต - ให้การบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวชทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในตามโรงพยาบาลทั่วไป - บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด - และมีการจัดการแบบรายกรณี
ผลการวิจัย	- เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการถูกจำคุกของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วม FACT มีจำนวนครั้งของการถูกจำคุกน้อยกว่ากลุ่มที่เข้าร่วม TAU ทั้งในช่วง 12 เดือนแรกและ 13-24 เดือนต่อมา - เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยในของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่เข้าร่วม FACT น้อยกว่าของกลุ่มที่เข้าร่วม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งช่วง 12 เดือนแรกและ 13-24 เดือนต่อมา

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- เปรียบเทียบจำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำของทั้ง 2 กลุ่มทั้งในช่วง 12 เดือนแรกและ 13-24 เดือนต่อมาไม่แตกต่างกัน - เปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของกลุ่มที่เข้าร่วม FACT มีความสนใจมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม TAU ทั้งในช่วง 12 เดือนแรกและ 13-24 เดือนต่อมา - เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อคนของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ - ค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 12 เดือนแรก ผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$13,474) มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$5,115) และในช่วงเวลา 13-24 เดือนหลังผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$8,570) มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$4,722) - ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผนกผู้ป่วยในในช่วงเวลา 12 เดือนแรก ผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$5,426) มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$8,852) และในช่วงเวลา 13-24 เดือนหลังผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$4,266) มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$7,156) - ค่าใช้จ่ายในเรือนจำในช่วง 12 เดือนแรก ผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$814) ต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$2,226) และในช่วงเดือนที่ 13-24 ผู้ที่เข้าร่วม FACT (\$2,043) ต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วม TAU (\$3,019) ข้อจำกัดของการศึกษา - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชนผิวดำ - การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมถึงค่าใช้จ่ายการบำบัดทางสังคมอื่นๆที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายเรื่องบ้านพักอาศัยที่จัดให้ผู้ป่วยที่ไม่มีบ้านและติดสารเสพติด ค่าใช้จ่ายในกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในชุมชน ไม่ได้ศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะโรค และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	ปัญหาการวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาคือ ลดการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำและการก่อคดีซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือเรือนจำกลับไปอยู่ในชุมชน ผลลัพธ์การวิจัยสามารถตอบคำถามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจศึกษา และสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักของหน่วยงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	ในการให้บริการนิติจิตเวชชุมชน การนำรูปแบบการบำบัดของงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน สอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการนิติจิตเวชชุมชนที่ปฏิบัติอยู่คือ การให้บริการแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ เน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมบริหารและทีมดำเนินการ งานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลที่ออกแบบมาอย่างดีสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจิตเวชชุมชนของสถาบันฯได้
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจาก 1. แหล่งตีพิมพ์ Community Mental Health Journal List เป็นวารสารนานาชาติที่มีชื่อเสียง 2. ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่ทำวิจัยเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นบุคลากรจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัย North Carolina at Chapel Hill 3. งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก MIOCRG ของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย 4. การออกแบบงานวิจัยมีการสุ่มกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม เป็นงานวิจัย randomized controlled trials ที่มีคุณภาพ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชมาใช้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และพันธกิจของหน่วยงาน กลุ่มประชากรของงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรของหน่วยงาน แต่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยคัดเอาผู้ป่วยที่ก่อคดีรุนแรงออกจากงานวิจัย ดังนั้นในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องพิจารณา รูปแบบของบริการในเรื่องความปลอดภัยของสังคมเพิ่มขึ้น 2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดนี้มาใช้พยาบาลในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีม แต่รูปแบบการบริการแบบนี้ เน้นความร่วมมือขององค์กรวิชาชีพต่างๆทั้ง การบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม ดังนั้นถ้าจะเกิดโปรแกรมในลักษณะนี้ได้ ผู้บริหารของหน่วยงานทั้ง 3 หน่วยงานต้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	มีความเห็นพร้อมกัน และมีนโยบายเรื่องนี้ที่ชัดเจนว่าบุคลากรของหน่วยงานจะมีใครมาร่วมในโครงการบ้าง แต่ละวิชาชีพจะต้องมีบทบาทหน้าที่อย่างไร รูปแบบความร่วมมือจะเป็นลักษณะเป็นสมาชิกทีม หรือลักษณะการร่วมมือให้บริการช่องทางพิเศษ เมื่อมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ไปรับบริการของหน่วยงานนั้นๆ และที่สำคัญคืองบประมาณที่เกี่ยวกับบริการทั้งด้านการบำบัดรักษา บริการทางสังคม เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย ค่าเดินทางทั้งของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ไปให้บริการในพื้นที่ และการบริการในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านคดีนั้น หน่วยงานใดต้องรับผิดชอบเรื่องอะไร ต้องมีการตั้งงบประมาณที่เพียงพอในการบริหารจัดการ และต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งเรื่องความรู้ ทักษะ และทักษะในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช และในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน และถ้าผู้บริหารสถาบันฯเห็นชอบกับโปรแกรมการบำบัด ก็อาจนำโปรแกรมไปพัฒนาและทดลองใช้เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และเตรียมความพร้อมก่อนที่จะนำไปใช้จริงต่อไปได้ 3. ความคุ้มค่าประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรูปแบบที่ลดอุบัติเหตุความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ลดการก่อกวน ลอดจี้ นอนในโรงพยาบาล และประหยัดงบประมาณในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยในเรือนจำ ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงสุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดผลดีต่อหน่วยงาน คือเน้นการส่งเสริมความรู้และทักษะของเครือข่าย เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติในชุมชน บุคลากรของสถาบันอาจไปให้การบำบัดโดยตรงในบางเรื่อง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นพี่เลี้ยงและนิเทศ จึงทำให้จำนวนบุคลากรในการลงพื้นที่น้อยลงเพียง 1-2 คน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะพัฒนางานวิชาการและงานบริการขององค์กร ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยให้สังคมมีความปลอดภัยมากขึ้นจึงถือว่าคุ้มค่าคุ้มทุน

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	FACT เป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่าง ACT กับ ICM เป็นการให้บริการแบบเป็นทีม ครอบคลุมครบวงจร มีอัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการต่ำ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือฉุกเฉินสามารถให้บริการที่จำเป็นได้ตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นการให้บริการในบริบทของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในระดับสูงสุด - มีรูปแบบการร่วมมือกันทำงานอย่างใกล้ชิดระหว่างการบริการด้านสุขภาพจิต การบริการด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการ โดยได้รับการสนับสนุนจากศาล ในการกำหนดเงื่อนไข ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรักษา - พนักงานคุมประพฤติ ถือเป็นสมาชิกคนหนึ่งของทีมบำบัด มีบทบาทในการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดรักษา และหลีกเลี่ยงการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยต้องถูกคุมขังในเรือนจำ - มีผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ มีบทบาท ดังนี้ ดูแลให้ได้รับการบำบัดรักษา ดูแลให้ได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆและการบริการทางด้านสังคมที่จำเป็น การงานอาชีพ และดูแลให้มีบ้านพักอาศัยที่มั่นคง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องพิจารณาคดีของศาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา - ในกรณีที่ผู้ป่วยนิติจิตเวชติดสารเสพติดด้วยและต้องอยู่บ้านพักอาศัยที่จัดไว้ให้ จะมีผู้ดูแลบ้านพัก หรือผู้นิเทศในบ้านพักอาศัย จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด มีการตรวจสอบปัสสาวะเพื่อประเมินการใช้สารเสพติดเป็นระยะๆ - มีผู้ป่วยที่เคยเข้าร่วมโครงการที่พ้นหายแล้วทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ในลักษณะแบบเพื่อนช่วยเพื่อนโดยทำงานเต็มเวลา ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าที่จะใช้บุคลากรวิชาชีพในการบำบัดเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคมและผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	งานวิจัยนี้มีข้อดีคือได้นำผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มาทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านต่างๆ อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง กรณีผู้จัดการรายกรณีที่ทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธินั้นอาจนำพยาบาลในพื้นที่มาเป็นผู้จัดการรายกรณีโดยพยาบาลต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลนิติจิตเวชซึ่งสถาบันฯ มีนโยบายที่จะผลิตพยาบาลนิติจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการตามกฎหมาย การบังคับรักษาอยู่แล้ว เป็นการนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จึงน่าจะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของสถาบันฯ

เรื่องที่ 2. Project Link, Department of Psychiatry, University of Rochester, Rochester New York.
(1999). Gold Award: Prevention of jail and hospital recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1477-1480.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการถูกจำคุกในเรือนจำ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และมีประวัติไม่ร่วมมือในการรักษา
ทุน	ได้รับทุนที่สนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิตของมลรัฐ New York และ จากกองทุน Robert Wood Johnson และจากแหล่งกองทุนอื่นๆ
สมมติฐานการ วิจัย	ไม่ได้กล่าวถึงสมมติฐานของการวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	One - group pretest-post test study
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnik and Fineout-Overholt (2005) Level VI
Setting ของการวิจัย	ชุมชนเมือง Monroe County มลรัฐ New York ของสหรัฐอเมริกา ในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 1997 และวันที่ 1 เดือนธันวาคม 1998
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	ผู้ป่วยจำนวน 46 คนโดยส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมาจาก Prisons and Jail (30%) และมาจากโรงพยาบาลในส่วนท้องถิ่นของรัฐ (28%) ที่เหลือถูกส่งมาจาก สถานีดำรงในพื้นที่ สำนักงานป้องกันภัยสาธารณะ และจากหน่วยบริการ ฉุกเฉิน มีเพศชายจำนวน 37 คน อายุเฉลี่ย 34 ปี มีชาวอเมริกันเชื้อชาติแอฟ ริกาจำนวน 33 คน มีชาว Caucasian จำนวน 7 คน มีชาวอเมริกันเชื้อชาติ สเปน (Hispanic) จำนวน 3 คน คนพื้นเมืองของอเมริกา 2 คนและชาวเอเชีย 1 คน มี 37 คน เรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษา และมี 13 คน เป็นคนไร้บ้าน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia จำนวน 21 คน Psychotic disorder not otherwise specified จำนวน 12 คน Schizoaffective disorder จำนวน 6 คน Bipolar disorder จำนวน 4 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตอื่นๆ จำนวน 3 คน และพบว่าผู้ป่วยจำนวน 38 คน ใน 46 คน มีประวัติใช้สารเสพติด ร่วมด้วย มีผู้ที่ถูกคุมความประพฤติในระหว่างที่มาลงทะเบียนเข้าร่วม โครงการจำนวน 23 คน มีผู้ที่ถูกศาลพิพากษาคัดสินคดีถึงที่สุดแล้วจำนวน 20 คน และมีผู้ที่อยู่ระหว่างการถูกฟ้องร้องจำนวน 5 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	หลักเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง 2. ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ข้อมูลจากการบันทึกของโรงพยาบาล และเรือนจำ เกี่ยวกับ 1. จำนวนวันในการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลโดยเปรียบเทียบข้อมูล 1 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการกับ 1 ปีหลังเข้าร่วมโครงการ 2. จำนวนวันในการถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำโดยเปรียบเทียบข้อมูล 1 ปี ก่อนเข้าร่วมโครงการกับ 1 ปีหลังเข้าร่วมโครงการ
การบำบัด (Intervention)	Project Link ได้ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1995 โดยความร่วมมือของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ของมหาวิทยาลัย Rochester ร่วมกับ 5 หน่วยบริการทางสังคม (ได้แก่ The partner agencies are Action for a Better Community, the Ibero-American Action League, the Monroe County Clinic for Socio-Legal Services, Unity Health System, and the Urban League of Rochester) โดยมีผู้อำนวยการของ 5 หน่วยบริการเป็นทีมบริหาร (Project links collaborative management team) วัตถุประสงค์ เพื่อลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการถูกจำคุกซ้ำในเรือนจำ ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และเป็นผู้ที่มีประวัติเคยถูกจำคุกในเรือนจำหลายครั้งและเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง - ลักษณะการดำเนินการของ Project Link เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบ ACT กับรูปแบบ ICM และบูรณาการระหว่างบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการด้านกระบวนการยุติธรรมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) เป็นการให้บริการแบบเป็นทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile Treatment Team) ส่งตรงบริการถึงผู้รับบริการ ปรับรูปแบบการให้บริการให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย มีความพร้อมที่จะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เน้นให้ความสำคัญทั้งในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจับกุมเข้าไปอยู่ในเรือนจำ และช่วงก่อนที่จะปล่อยตัวผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องภาษา และวัฒนธรรม ผู้ให้บริการต้องได้รับการอบรมให้มีความสามารถด้านภาษาและวัฒนธรรมก่อนที่จะไปให้บริการในชุมชน โดยมี Steven Lamberti, M.D. เป็นหัวหน้าโครงการ มีผู้บริหารของแต่ละหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารโครงการ มีการประชุมร่วมกันเป็นประจำเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์วางแผนพัฒนาและติดตามตรวจสอบการดำเนินงานของโครงการ โดยมีพยาบาลจิตเวชที่มีวุฒิปริญญาโท ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานโครงการ Mobile Treatment Team 1. จิตแพทย์ มีบทบาทในการประเมินสภาพจิต ตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา ส่งเสริมให้มีการผสมผสานระหว่างบริการทางคลินิกกับการบริการของระบบกระบวนการยุติธรรม และให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ ผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี (case advocacy) และบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย 2. พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ดังนี้ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ในเบื้องต้น และช่วยเหลือจิตแพทย์ในการให้บริการบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัย - คัดกรองผู้ที่มาลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการและมอบหมาย Case ให้ผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี - นิเทศผู้ให้การบำบัดในบ้านพักอาศัย โดยเป็นผู้นำกลุ่มการบำบัดในบ้านพักอาศัย ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด - นิเทศและให้ความช่วยเหลือผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณีในเรื่องการจัดการกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย และให้ความรู้ในเรื่องการศึกษาชุมชน - เป็นตัวแทนของผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี (case advocates) และผู้นิเทศในบ้านพักอาศัย ในการเสนอข้อคิดเห็นต่อทีมผู้บริหารของโครงการ Project Link 3. ผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี (case advocates) เป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในหน่วยบริการทางด้านสังคมในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ มีวุฒิปริญญาตรีและมีความรู้ทางด้านกฎหมาย มีบทบาทในการส่งเสริมการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ของผู้ป่วยในชุมชนให้ดีขึ้น เพื่อลดการเกิดอาการทางจิตกำเริบ ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ/หรือก่อคดีซ้ำ ผู้พิทักษ์สิทธิฯ 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 20 คน และสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่ ดังนี้ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดของ Project Link - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่จำเป็นได้ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวชหรือทางกาย จะต้องติดต่อประสานงานกับทีมฉุกเฉินเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการผู้ป่วยในชุมชน - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตเวช - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆ และบริการทางด้านสังคมที่จำเป็น เช่น บริการด้านที่พักอาศัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง บริการในการฝึกทักษะต่างๆ ในการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาหาร การงานอาชีพ การจัดการการเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะเป็นต้น - ไปเป็นทนายแก่ต่างให้ผู้ป่วยในห้วงพิจารณาติของศาล เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายให้ได้รับการบำบัดรักษาแทนการถูกจำคุกในเรือนจำ 4. ผู้ดูแลในบ้านพักอาศัย (residence staff) มีบทบาทในการนิเทศในบ้านพักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่ในทีม ดังนี้ - ทำงานร่วมกับ Mobile Treatment Team ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด - ดูแลให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และส่งเสริมให้ใช้บริการขนส่งสาธารณะในการออกไปทำกิจกรรมต่างๆ - ตรวจสอบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการโดยการตรวจปัสสาวะเป็นระยะ เพื่อค้นหาสารเสพติด ตรวจค้นอาวุธและสารเสพติด และดูแลความเรียบร้อยของบ้านพัก

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ลักษณะการทำงานและการให้บริการ ดังนี้ Project Link เป็นการบริการด้านสุขภาพและการบริการทางด้านสังคมอย่างครอบคลุมครบวงจรตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการนำนวัตกรรมการบำบัดไปสู่การปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการปรับตัว การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องถูกจำคุกหรือกลับเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาลเนื่องจากไปก่อคดีซ้ำ ไม่มีการส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาที่หน่วยบริการอื่น บริการต่างๆ ที่จัดให้เป็นการให้บริการโดย Project team หรืออาจเชิญผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางมาให้บริการผู้ป่วยในกรณีที่มีความจำเป็น มีรูปแบบการให้บริการแบบเป็นทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile Treatment Team) ซึ่งมีลักษณะการให้บริการ ดังนี้ 1. การบำบัดแบบเข้มข้นในระยะที่มีอาการเฉียบพลัน โดยมี Mobile Treatment Team พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทีมต้องเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยภายในชั่วโมงที่มีสถานการณ์จิตเวชวิกฤตฉุกเฉิน ถ้ามีความจำเป็นอาจต้องพิจารณา Admit ในแผนกผู้ป่วยในโดยทีมต้องอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะอยู่ในการดูแลของ Mobile Treatment Team ประมาณ 2 ปี 2. การบำบัดรักษาต่อเนื่องระยะยาวเมื่อมีอาการคงที่ โดยมีโปรแกรมประคับประคองในชุมชน (Strong Tie Community Support Program) โดยมีทีมบำบัดเคลื่อนที่ (Mobile Treatment Team) เข้าไปให้บริการ มีการให้บริการแบบโรงพยาบาลกลางวัน ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยา ดูแลให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นต้น 3. การบำบัดในบ้านพักอาศัย (Treatment residence) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในบ้านพักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ก่อคดีรุนแรง หรือถูกจับหลายครั้ง มีการคิดสารเสพติดร่วมด้วย ชุมชนไม่มั่นใจให้อยู่ในชุมชน หรือผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้คิดสารเสพติดซ้ำเนื่องจากบ้านอยู่ในแหล่งที่มียาเสพติด โดยจัดให้มีที่พักอาศัยจำนวน 10 เตียง ผู้รับบริการทั้งหมดต้องได้รับการบำบัดรักษาจากทีมบำบัดเคลื่อนที่ มีผู้เฝ้าดูในบ้านพักอาศัยมีความพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำงานร่วมกับทีมบำบัดเคลื่อนที่

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการแบบผสมผสานการบำบัดรักษาอาการทางคลินิกและสารเสพติดในบ้านพักอาศัย ดูแลให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยทางจิตและผู้ที่ติดสารเสพติด กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มผู้เลิกแอลกอฮอล์นิรนามและผู้ติดยาเสพติดนิรนามและกิจกรรมนันทนาการ ดูแลให้ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาปัญหาเสพติด นิเทศในเรื่องการใช้บริการขนส่งสาธารณะในการออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้านพัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยจะอยู่ในบ้านพักประมาณ 2 ปี และมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ในชุมชน 4. การประชุมทีมผู้ปฏิบัติงาน จัดให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรของทีมบำบัดเคลื่อนที่ ผู้พิทักษ์สิทธิฯ และผู้นิเทศในบ้านพักอาศัย โดยจัดให้มีการประชุมร่วมกันสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในการประชุมครั้งที่ 1) มีการตรวจเยี่ยมอาการทางคลินิก (clinical rounds) ของผู้ที่มาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาทั้งหมด ในการประชุมครั้งที่ 2) มีการให้ความรู้ในเรื่องสารเสพติด และพัฒนาการของการบำบัดรักษาแก่สมาชิกทีมผู้ให้บริการบำบัดสารเสพติดในบ้านพักอาศัยทุกคน โดยจิตแพทย์และผู้ที่มีความรู้ในการให้คำปรึกษาผู้ที่ติดยาเสพติด และจัดให้มีการฝึกอบรมในเรื่องมาตรการความปลอดภัย และในการประชุมประจำสัปดาห์ครั้งที่ 3) มีการอภิปรายในประเด็นของการบริหารจัดการ โดยผู้ประสานงานของ Project Link และผู้จัดการบ้านพักอาศัย นอกจากนี้ในที่ประชุมยังให้สมาชิกบุคลากรที่ให้การดูแลอาการทางคลินิกและผู้ให้การบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัยได้ร่วมกันอภิปรายและวางแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5. ประสานงานกับหน่วยงานบริการต่างๆ บุคลากรของ Project Link จะต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับบุคลากรของหน่วยบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เช่น ประสานงานกับผู้พิพากษา ทนายความที่รัฐจัดให้ และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวอย่างมีเงื่อนไขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกให้ได้รับการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยดูแลให้ได้รับการรักษาอาการทางคลินิกและการบริการทางด้านสังคมที่จำเป็น ดำรงไว้ซึ่งการงดดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด โดยเจ้าหน้าที่คุมประพฤติทำหน้าที่ในการเสริมแรงและชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังต้องประสานงานกับหน่วยบริการทางด้านสังคมของแต่ละท้องถิ่น โดยจัดให้มีช่องทางพิเศษให้มีจุดคัดกรองสำหรับการติดต่อขอรับบริการของผู้เข้าร่วมโครงการ
ผลการวิจัย	- จำนวนวันเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันเฉลี่ยของการถูกจำคุกในเรือนจำ หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี น้อยกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ - จำนวนวันเฉลี่ยการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ 8.3 วันต่อ 1 เดือน ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการลดลงเหลือ 0.3 วันต่อ 1 เดือน - จำนวนวันเฉลี่ยการถูกจำคุกในเรือนจำก่อนเข้าร่วมโครงการ 9.1 วันต่อ 1 เดือน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการลดลงเหลือ 2.1 วันต่อ 1 เดือน - ค่าใช้จ่ายประจำเดือนในการดูแลผู้ป่วยในเรือนจำก่อนเข้าร่วมโครงการมีค่าใช้จ่ายค่าเฉลี่ย \$30,908 /46 คน/เดือน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงเหลือ \$7,235 /46 คน/เดือน (จาก \$672 /คน/เดือน ลดลงเหลือ \$157 /คน/ เดือน) - ค่าใช้จ่ายประจำเดือนในการให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ก่อนเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย \$197,899 /46 คน/เดือน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการลดลงเหลือ \$42,247 /46 คน/เดือน (จาก \$4,302/ คน/เดือน ลดลงเหลือ \$918 /คน/เดือน) - ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการใน Project ที่เป็นค่าใช้จ่ายมากที่สุดเป็นค่าจ้าง Case advocates, Mobile treatment, and Treatment residence - ความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ย 4.6 คะแนนจากคะแนนความพึงพอใจสูงสุด 5 คะแนน - ผู้เข้าร่วมโครงการ 35 คนใน 46 คน มีพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดลดลง และทั้ง 46 คนไม่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	วัตถุประสงค์ของงานวิจัยมีความสอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักของงานบริการนิตจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน ในการลดการกลับเข้ารักษาซ้ำและลดการก่อกวนซ้ำในผู้ป่วยนิตจิตเวช
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	เป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ 1. แหล่งตีพิมพ์ Psychiatric Service เป็นวารสารนานาชาติและมีชื่อเสียงสอดคล้องกับเรื่องที่ตีพิมพ์ 2. ผู้วิจัย Lamberti เป็นจิตแพทย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ของมหาวิทยาลัย Rochester ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในการพัฒนานวัตกรรมการบำบัดผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตเวชรุนแรงและเรื้อรัง 3. งานวิจัยได้รับทุนที่สนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตของมลรัฐ New York จากกองทุน Robert Wood Johnson และจากแหล่งกองทุนอื่นๆ 4. คุณภาพงานวิจัย ใช้ระเบียบงานวิจัยแบบ One - group pretest-post test study และได้รับรางวัล Gold Achievement Award จากสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกาในปี 1999
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิตจิตเวชเพื่อลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการก่อกวนซ้ำ เนื่องจากเป็นนวัตกรรมการบำบัดที่มี กลุ่มประชากรในคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรหน่วยงานคือ 1) เป็นผู้ที่มีการป่วยทางจิตเวชรุนแรงและเรื้อรัง 2) เป็นผู้ที่มีประวัติเคยเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม สามารถนำมาปรับใช้กับหน่วยงานได้ 2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) มีความเป็นไปได้ที่จะนำนวัตกรรมนี้ไปปฏิบัติในหน่วยงานเนื่องจากรูปแบบการให้บริการในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับการให้บริการของงานนิตจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ฯ คือเป็นการให้บริการแบบทีมสหวิชาชีพและมีการประสานงานกับหน่วยบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม สิ่งที่เกิดขึ้นมาคือต้องมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการดังกล่าวอย่างใกล้ชิดมากขึ้น โดยให้มีการทำงานร่วมกันในลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการในชุมชน และเป็นนวัตกรรมสอดคล้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	กับการกิจหลักของงานบริการนิติจิตเวชชุมชน เป็นนวัตกรรมที่นำเอาทรัพยากรบุคคลที่อยู่ในชุมชน มาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ทำให้มีความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในบริบทของผู้ป่วยได้ดี จึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาของการที่หน่วยงานมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร น่าจะได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารของหน่วยงาน 3. ความคุ้มค่าประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน เป็นรูปแบบที่ลดอุปสรรคภัยคุกคามต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และลดการก่อคดีซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งในเรือนจำ ค่าใช้จ่ายในด้านการบริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับสูงสุด ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และช่วยลดอุปสรรคภัยคุกคามต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ในการนำนวัตกรรมไปใช้จะต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี และผู้ดูแลในบ้านพักอาศัย ซึ่งเป็นต้นทุนที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงความปลอดภัยของสาธารณะและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิต ร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ที่ตกเป็นเหยื่ออันเกิดจากพฤติกรรมแห่งคดีของผู้ป่วย ถือว่ามีความคุ้มค่า สำหรับการประสานงานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้การสนับสนุนด้านบ้านพักอาศัยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีบ้าน/ใช้สารเสพติดร่วมด้วย เป็นสิ่งที่ทีมนิติจิตเวชชุมชนได้ปฏิบัติอยู่เดิมแล้ว และการนำนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะพัฒนางานบริการองค์กร ซึ่งตรงตามเจตนารมณ์ของกรมสุขภาพจิต
การสรุปเพื่อนำไปใช้	เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบ ACT กับรูปแบบ ICM และมีการเชื่อมโยงการบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีรูปแบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ทีมบำบัดประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) พยาบาลจิตเวช 3) ผู้พิทักษ์รายการ 4) ผู้นิเทศในบ้านพัก 5) เจ้าหน้าที่คุ้มครองประพฤติ โดยมีรูปแบบการให้บริการดังนี้ 1) มีการบำบัดแบบเข้มข้นทั้งภาวะวิกฤตฉุกเฉินและการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมบำบัดเคลื่อนที่ 2) มีการบำบัดในบ้านพักอาศัยสำหรับผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วย 3) การประสานงานกับหน่วยงานบริการต่างๆ เช่น บริการด้านสังคม บริการด้านกระบวนการยุติธรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง 4) การประชุมทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

เรื่องที่ 3. Lamberti, J.S., Weisman, R. L., Schwarzkopf, S. B., Price, N., Ashton, R.M., & Trompeter, J. (2001). The mentally ill in jails and prisons: Towards an integrated model of prevention. *Psychiatric Quarterly*, 72, 63-77.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลที่การบำบัดเคลื่อนที่ของ Project Link ในการป้องกันการถูกจับกุมคุมขังในเรือนจำและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
ทุน	งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก Robert Wood Johnson Foundation
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ได้กล่าวถึงสมมติฐานของการวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	One - group pretest-post test study
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) Level VI
Setting งานวิจัย	ศึกษาในเมือง Monroe County, New York ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 1997 และวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2000
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 60 คน ที่เข้าร่วมการบำบัดกับทีมบำบัดเคลื่อนที่ของมหาวิทยาลัย University-led ร่วมมือกับ 5 หน่วยบริการสังคม โดยถูกส่งต่อมาจาก jail and prison โรงพยาบาล หน่วยให้บริการฉุกเฉิน และสถานitäรรว ส่วนใหญ่เป็นชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย และเป็นผู้ที่มีประวัติเคยเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม อายุเฉลี่ยของผู้ที่เข้าร่วมโครงการ 35.2 (8.3) ปี เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีหรือ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง 3) เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการถูกจับกุมอย่างน้อย 1 ครั้ง 4) เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	บันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาล บันทึกของเรือนจำ บันทึกการภาคทัณฑ์บันทึกการปล่อยตัวอย่างมีเงื่อนไข และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบข้อมูลในช่วง 1 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการและ 1 ปีหลังเข้าร่วมโครงการ
การบำบัด (Intervention)	ดำเนินการโดยอ้างอิงรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วย นิติจิตเวชพัฒนาโดย Project Link, (1999) (เรื่องที่ 2) สิ่งที่เพิ่มขึ้นมา เป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงช่องว่างระหว่างภาษา และวัฒนธรรมของ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นบุคลากรของ Project Link Team จึง ประกอบด้วยคนหลายเชื้อชาติ และผู้ที่ให้บริการจะต้องผ่านการอบรม ให้มีความสามารถทางด้านภาษา และวัฒนธรรม ก่อนที่จะไปให้บริการ ในชุมชน โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาจาก Mobile Treatment Team เฉลี่ย 2 ปี เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่สามารถควบคุมตนเองได้แล้ว จะถูกส่งต่อไปรับการบำบัดรักษากับหน่วยบริการสุขภาพจิตในชุมชนคือ Strong Ties Community Support Program เป็นโปรแกรมสนับสนุน ประคับประคองในชุมชน เป็นการทำงานร่วมกันของ Mobile Treatment Team และ Strong Ties Community Support Program เพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบ การให้บริการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งมีกิจกรรมการ บำบัด ดังนี้ รักษาอาการทางคลินิก ทำจิตบำบัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ประทานยา ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตอย่างเข้มข้น กลุ่มกิจกรรมบำบัด ต่างๆ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มเสริมแรงจิตใจ กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง กลุ่มนันทนาการ และให้บริการพิเศษกับสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น Project link Team ประกอบด้วย 1. จิตแพทย์: ใช้เวลา 3 ใน 5 ของเวลาทำงานในการให้บริการใน โปรแกรมนี้ แพทย์มีบทบาทหน้าที่ในการวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์ การวินิจฉัยของ DSM-IV ก่อนที่จะรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ไปตรวจ เยี่ยมและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เข้าร่วมการบำบัดใน Strong Ties Community Support Program และในบ้านพักอาศัย ร่วมกับทีมในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	วางแผนการนำเอานวัตกรรมการบำบัด มาใช้ในการบำบัดทั้งทางด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 2. พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ติดยาเสพติด มีบทบาท ดังนี้ 1) คัดกรองผู้ที่ถูกส่งให้เข้ามาร่วมโครงการ 2) นิเทศและมอบหมายผู้ป่วยให้กับผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ 3) เป็นผู้แทนในการเสนอข้อคิดเห็นของสมาชิกทีมต่อ Project Manager 3. ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ (case advocates) ซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยบริการในชุมชน มีคุณสมบัติจบปริญญาตรีและมีความรู้ทางด้านกฎหมาย มีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบเข้มข้น พาผู้ป่วยไปรับบริการทางด้านสุขภาพจิต ไปรับบริการจากหน่วยบริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลเรื่องที่พ้ออาศัย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทางด้านสังคมในชุมชน และช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องพิจารณาคดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพการงาน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษากับ Mobile Treatment Team ของ Project Link อัตราส่วนผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ : ผู้ป่วย 1:20 คน โดยถูกจ้างงานจาก Project Link 4. เจ้าพนักงานคุมประพฤติเป็น Partnership มีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา
ผลการวิจัย	จากผู้ป่วยจำนวน 60 คน ที่ถูกส่งต่อให้เข้ามารับการบำบัดกับทีมบำบัดเคลื่อนที่ Project Link พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมโครงการครบตามโปรแกรมบำบัดภายใน 1 ปี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำ จำนวนครั้งของการถูกจับกุม จำนวนครั้งของการถูกจำคุกในเรือนจำ และจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ - ประเมินค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย 115.9 (133.5) วัน ขณะที่ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.4 (17.7) วัน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ประเมินค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำก่อนเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย 107.7 (133.5) วัน ขณะที่ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำหลังเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยลดลงเหลือ 46.4 (83.7) วัน - ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ถูกจับกุมต่อผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ $p = .005$ - ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ถูกจำคุกและการกลับเข้ารักษาซ้ำต่อผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ $p = .01$ - ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในชุมชน (MCAS) ก่อนเข้าร่วมโครงการ 51.5 (7.6) คะแนน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 61.5 (8.6) คะแนน ($Z=5.3, P<.01$) - ประเมินด้านความปลอดภัยของสาธารณะจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยทั้ง 40 คน ที่เข้าร่วมโครงการไม่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไม่พฤติกรรมข่มขืนกระทำชำเรา ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงอื่นๆตลอดช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย
ความสอดคล้องกับ ปัญหา ทางคลินิก	วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน และผลลัพธ์ของการวิจัยช่วยตอบคำถามประเด็นปัญหาทางคลินิกของหน่วยงานคือ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการก่อกวนซ้ำ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ดีขึ้น และสังคมเกิดความปลอดภัย
การมีความหมาย หรือคุณค่าในเชิง ศาสตร์	งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจาก 1. ตีพิมพ์ใน Psychiatric Quarterly เป็นวารสารนานาชาติและมีชื่อเสียง 2. ผู้วิจัยเป็นจิตแพทย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัย Rochester 3. ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก Robert Wood Johnson Foundation 4. ใช้ระเบียบงานวิจัยแบบ One - group pretest-post test study Level VI
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำนวัตกรรมนี้ไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ข้อค้นพบของการวิจัยสอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักของงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	บริการนิตติจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน กลุ่มประชากรในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงาน 2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเนื่องจากเป็นนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาทางคลินิก หน่วยงานสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรม การบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องถ้าได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงาน ก็สามารถเตรียมความพร้อมบุคลากรของหน่วยงานและเครือข่ายให้ปฏิบัติงานเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยนิตติจิตเวชในชุมชนในบทบาทหน้าที่ต่างๆที่กำหนดในนวัตกรรมดังกล่าวนี้ได้ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิตติจิตเวชในชุมชน เป็นรูปแบบที่ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษา ลดการก่อคดีซ้ำ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ดีขึ้น เป็นการพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการรักษา และสังคมเกิดความปลอดภัย ถึงแม้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพและบริการต่างๆทางสังคมมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงความปลอดภัยของสาธารณะและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิต ร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ที่ตกเป็นเหยื่ออันเกิดจากพฤติกรรมแห่งคดีของผู้ป่วย ถือว่ามีความคุ้มค่า
สรุปเพื่อนำไปใช้	ผลการวิจัยนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยนิตติจิตเวชในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเข้มข้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีโปรแกรมสนับสนุนระดับประจักษ์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้นานขึ้นไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบและไม่ก่อคดีซ้ำ และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มาทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิรายกรณี ช่วยให้เข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพ การบริการทางด้านสังคมและแหล่งประโยชน์อื่นๆในสังคม ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามกฎหมายให้ได้รับการบำบัดรักษา และสังคมได้รับการคุ้มครองด้านความปลอดภัย

เรื่องที่ 4. Lamberti, J. S. (2008). Model community-based treatment program reduces hospitalization and jail time among people with mental illness and substance abuse. Retrieved February 26, 2011, from Robert wood Johnson Foundation Local Funding Partnerships Website: <http://www.rwjf.org/reports/grr/032312.htm#int-grantinfo>

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ การวิจัย	1. เพื่อลดการถูกจับกุมและถูกจำคุกซ้ำในเรือนจำ 2. เพื่อลดการเข้ารับบริการในหน่วยบริการฉุกเฉินและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 3. เพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด 4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจ 5. เพื่อลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย
ทุน	งานวิจัยได้รับทุนการวิจัยจากกองทุน Robert Wood Johnson Foundation
สมมติฐาน งานวิจัย	งานการวิจัยไม่ได้ระบุสมมติฐาน
ระเบียบวิธีวิจัย	One - group pretest-post test study
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) Level VI
Setting งานวิจัย	ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งมารับการบำบัดรักษากับทีมบำบัดเคลื่อนที่ของ Project Link มหาวิทยาลัย Rochester ในเมือง Monroe County, New York (Inner City) ระหว่างเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1997 ถึงเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2002
กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย	ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 83 คน ที่ถูกส่งต่อให้มารับการบำบัดรักษากับ Mobile Treatment Team ของ Project link เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องอย่างมาก
กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย	มีประวัติปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเป็นคนไร้บ้าน ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมด้วยจำนวน 41 คน หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วม Project link 1) อายุ 18 ปี หรือ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มีการป่วยทางจิตรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย (ต่อ)	3) เป็นผู้ที่มิประวัติเคยถูกจับกุมคุมขัง 1 ครั้งขึ้นไป 4) เป็นผู้ที่มิประวัติไม่ร่วมมือในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
เครื่องมือในการ ประเมินผลลัพธ์	เก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาล บันทึกของเรือนจำท้องถิ่น บันทึกของราชทัณฑ์ บันทึกจากสำนักคุมประพฤติ และจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบข้อมูล 1 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ และ 1 ปีหลังเข้าร่วม โครงการ
การบำบัด (Intervention)	รูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช เป็นการ ผสมผสานระหว่างหลักการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) และบูรณาการ ระหว่างการบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และการ บริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใน ลักษณะเป็นหุ้นส่วนบริการ เน้นให้มีการเปลี่ยนแปลง 2 แนวทางคือ 1) ให้มี Mobile Team เพื่อเข้าไปให้การบำบัดรักษาในชุมชนตามสภาพแวดล้อมที่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ 2) ผู้ป่วยต้องมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง โดยมีโปรแกรมสนับสนุน ประคับประคองในชุมชนคือ Strong Ties Community Support Program และมีการบำบัดรักษาในบ้านพักอาศัยสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ร่วมด้วย ดำเนินการโดยอ้างอิงรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับ ผู้ป่วยนิติจิตเวชของ Lamberti et al., (2001) (เหมือนเรื่องที่ 3) โดยที่ Case Advocates มีหน้าที่ติดต่อประสานงานกับจิตแพทย์ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ประทานยาต่อเนื่อง ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย ตลอดจนดูแลให้ได้รับบริการ ทางด้านสังคมและบริการทางด้านกระบวนการยุติธรรม
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 44 คนใน 83 คน ที่เข้าร่วมการบำบัดจน ครบตามโปรแกรมการบำบัดภายในระยะเวลา 1 ปี ประเมินผลการวิจัยโดย การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ใน เรือนจำ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ในเรือนจำและอยู่ใน โรงพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี ลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ปี กล่าวคือ - ประเมินจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ 114 วัน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการลดลงเหลือ 88 วัน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ประเมินจำนวนวันที่ถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำก่อนเข้าร่วมโครงการ 104 วัน ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการลดลงเหลือ 45 วัน - ประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ในเรือนจำและอยู่ในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ \$73,878 /คน/ปี ขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการค่าจ่ายลดลงเหลือ \$34,360 /คน/ปี - ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยระหว่าง 1 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ และ 1 ปีหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ดีขึ้นและการที่ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ข้อค้นพบเพิ่มเติม Case Advocates พบอุปสรรคในการทำงานกับผู้ป่วยในเรื่องดังต่อไปนี้ 1. Client who refuse treatment altogether. 2. Client who refuse to go to clinics for treatment 3. Client who repeatedly were evicted from available housing.
ความสอดคล้อง กับปัญหา ทางคลินิก	งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน คือศึกษารูปแบบของการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีประวัติปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นคนไร้บ้านและใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ พยาบาลในฐานะสมาชิกทีมมีบทบาทในการดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก
การมีความหมาย หรือคุณค่าใน เชิงศาสตร์	งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ 1. ผู้วิจัยเป็นจิตแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย Rochester ที่มีชื่อเสียงในการพัฒนานวัตกรรมบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง 2. ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุน Robert Wood Johnson Foundation
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ เนื่องจากเป็นนวัตกรรมบำบัดที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานคือ มีการทำงานเชิงรุกแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเน้นการทำงานเป็นทีมและเน้นความร่วมมือกับเครือข่าย ทั้งเครือข่ายด้านสุขภาพเครือข่ายทางสังคมและกระบวนการยุติธรรม เน้นการรักษาเพื่อให้อาการทางจิตทุเลาลง และรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของสาธารณะด้วยกัน กลุ่มประชากรในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรผู้รับบริการของหน่วยงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชไปใช้ แต่ต้องผ่านการเห็นชอบจากผู้บริหารหน่วยงานและมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชที่เน้นความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) รูปแบบการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน เป็นรูปแบบที่มีความคุ้มค่าเนื่องจากช่วยลดการรักษารักษาในโรงพยาบาล ลดการถูกจำคุกซ้ำในเรือนจำ ลดการก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
สรุปเพื่อนำไปใช้	สามารถนำรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อป้องกันการถูกจำคุกซ้ำในเรือนจำ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรือนจำและในโรงพยาบาล เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพจิต การบริการทางด้านสังคม และได้รับการพิทักษ์สิทธิตามกฎหมายให้ได้รับการบำบัดรักษา โดยยึดหลักพื้นฐานการให้บริการ ดังนี้ 1)ให้มี Mobile Treatment Team เพื่อเข้าไปให้การบำบัดรักษาในชุมชนตามบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ 2) ผู้ป่วยต้องมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง 3) มีโปรแกรมสนับสนุนประคับประคองในชุมชน

เรื่องที่ 5. Lamb, H.R., Weinberger, L.E., & Gross, B. H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services, 50*, 907-913.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทบทวนทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง
ทุน	ไม่ได้ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการวิจัย
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมติฐานงานวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	Literature review
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) Level VII
Setting ของการวิจัย	ค้นคว้าจากฐานข้อมูลทางด้านการแพทย์ ทบทวนบทความทางด้านจิตวิทยา วารสารทางด้านกฎหมาย และหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยสืบค้นตั้งแต่ปี 1978 และการอ้างอิงต่างๆ เกี่ยวกับเอกสารทางด้านจิตเวช
ผลการทบทวนวรรณกรรม	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเน้นให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิมนุษยชนมากคือให้ผู้ป่วยถูกควบคุมน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น จึงมีการนำผู้ป่วยออกจากสถานบำบัดมากขึ้น แต่ไม่มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนทางด้านสังคมอย่างเพียงพอและมีความยุ่งยากในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชน ทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีอาชญากรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้น ผลจากการกระทำ ความผิดทางอาญาผู้ป่วยจะถูกจับกุมดำเนินคดีตามขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรม เมื่อคดีเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของศาล ผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายคือ ถูกศาลตัดสินให้ไม่ต้องรับผิดทางอาญาเนื่องจากเป็นผู้วิกลจริต (not guilty by reason of insanity: NGROI) มีการดำเนินการ 2 ส่วน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไม่สามารถต่อสู้คดีได้หรือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ของกระบวนการยุติธรรมว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะอันตราย จะถูกศาลสั่งพักการพิจารณาคดีแล้วส่งตัวให้มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช การดำเนินการตามขั้นตอน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวน วรรณกรรม (ต่อ)	กระบวนการยุติธรรมต่างๆ ก็จะถูกเลื่อนออกไปจนกว่าพวกเขาจะได้รับ การบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมบำบัด และมีอาการทางจิตสงบ สามารถต่อสู้คดีได้ จึงจะกลับเข้าสู่กระบวนการพิจารณาคดีของศาลใหม่ อีกครั้ง 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงศาลจะมีคำสั่งให้มีการปล่อย ตัวอย่างมีเงื่อนไข โดยให้ไปบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในชุมชน ความท้าทายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน การบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยอาการ ทางจิตสงบเท่านั้น แต่ผู้บำบัดยังต้องรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของ สาธารณะด้วย โดยมีหลักพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน ดังนี้ จะต้องมีการบำบัดรักษา จัดให้มีบ้านพักอาศัย มีสังคม (มีกลุ่มเพื่อน/ กลุ่มนันทนาการ) มีการฟื้นฟูทางด้านการงานอาชีพ และมีการบริการ ทางด้านสังคม ซึ่งมีรูปแบบการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 1. บทบาทของสมาชิกทีม ผู้ให้การบำบัดจะต้องเข้าใจเป้าหมายของ ระบบกระบวนการยุติธรรมอย่างชัดเจน ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อความ ปลอดภัยของสาธารณะ ดังนั้นจะต้องมีแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ อันตรายของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ยังต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจปัจจัยที่เป็นสาเหตุของกระทำ ความผิดทางอาญา และโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้อีกใน อนาคต ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ความเสี่ยงที่จะทำให้อาการ ทางคลินิกเสื่อมลง เช่น การไม่ร่วมมือในการรักษา การใช้สุราหรือสาร เสพติด และการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง และต้องอธิบายให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง : เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ มีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการ บำบัดรักษา และต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลที่ตามมาจากการไม่ ร่วมมือในการบำบัดรักษา/ การละเมิดคำสั่งศาลจะทำให้ผู้ป่วยต้องถูก ควบคุมตัวให้กลับเข้าไปอยู่เรือนจำหรือถูกส่งให้ไปรักษาในแผนกผู้ป่วย ในซ้ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	2. ปรัชญาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช (Identifying a treatment philosophy) เนื่องจากการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องการทั้งส่งเสริมการบำบัดดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและขณะเดียวกันคนในชุมชนต้องปลอดภัย จึงพบว่าในทางแนวคิดทฤษฎีการบำบัดจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสาธารณะ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัด มีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างหุ้นส่วนบริการในชุมชน (community partnership) มีระบบสารสนเทศที่ดีที่ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องครอบคลุมได้ และในทางปฏิบัติงานจริงจะต้องคำนึงหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของการบำบัดรักษาและต้องอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย เน้นให้ความสำคัญในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการรักษาด้วยยาทางจิตเวช บุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาจะต้องมีอำนาจเพียงพอที่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้และนำเอาหลักการจัดการรายกรณีมาใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยที่สัมพันธ์หรือเป็นสาเหตุของการกระทำความผิดทางอาญา สาเหตุที่ต้องถูกบังคับรักษา และความสำคัญของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนเงื่อนไขหรือข้อกำหนดต่างๆที่พวกเขาต้องปฏิบัติ การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด และให้ความสำคัญต่อบทบาทของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนที่มีความสำคัญต่อการรักษา 3. มีการกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษา (Treatment goal) ในการบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิตรุนแรงในชุมชน จำเป็นจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษาที่ชัดเจน โดยผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยจะต้องร่วมกันอภิปรายในประเด็นความคาดหวังของแพทย์ ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการทางคลินิกที่เป็นปัญหา การบำบัดรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามความคาดหวังดังกล่าวนี้ได้อย่างไร สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการป่วยทางจิตเรื้อรังและรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวน วรรณกรรม (ต่อ)	อาการแสดงต่างๆไม่ได้เป็นเป้าประสงค์ที่จำเป็นเสมอไป ในทางตรงกันข้ามในเบื้องต้นสิ่งที่จะต้องทำให้สำเร็จก่อนคือ เรื่องความปลอดภัยของสาธารณะ ประสิทธิภาพของการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษาอาการทางคลินิก 4. มีการประสานงานระหว่างบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาและบุคลากรด้านกระบวนการยุติธรรม (Liaison between treatment staff and the justice system) องค์ประกอบที่สำคัญของการบำบัดรักษาทางนิติจิตเวชในชุมชนคือ จะต้องมีการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรทีมผู้ให้การบำบัดรักษาและบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมซึ่งรวมถึงศาล ทนายความประจำเขตพื้นที่ สำนักงานคุมประพฤติ และผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพราะประสิทธิภาพในการบำบัดจะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยความร่วมมือของทั้งสองหน่วยงาน ดังนั้นทั้งสองหน่วยงานจะต้องให้การยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับในมุมมองที่แตกต่างและมีเป้าหมายในการทำงานเหมือนกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ดี มีความต่อเนื่องของการประสานงาน และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และต้องมีระบบสารสนเทศที่ดี ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลของผู้ป่วยได้ ซึ่งถือเป็นหลักพื้นฐานที่จะสามารถใช้ในการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ฐานข้อมูลของผู้ป่วยควรประกอบด้วยบันทึกการจับกุม ข้อมูลการซักถามอย่างไม่เป็นทางการ บันทึกการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการประเมินอาการ ผลการตรวจสภาพจิตบันทึกของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ บันทึกจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยเข้ามารับการรักษาในอดีต บันทึกการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และบันทึกการถูกจับกุม การถูกจำคุกในเรือนจำ 5. เป็นการบำบัดรักษาแบบมีโครงสร้าง (The need for structure) โดยรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชจะมีลักษณะเป็นคำสั่งบังคับรักษาให้อยู่ภายใต้ระบบกระบวนการยุติธรรม (Using authority comfortably) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดการควบคุมตนเองภายใน (lack internal controls) ดังนั้นในระยะแรกก็

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแผนการดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาที่แน่นอน เรียนรู้และฝึกเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ให้การบำบัดมีอำนาจในการโน้มน้าวผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งงานอาชีพใหม่ในสถานะภาพของการเป็นผู้ป่วยนอก 6. มีการใช้อำนาจอย่างชอบธรรมในการบังคับรักษา (Using authority comfortably) มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นทางคลินิก และการใช้อำนาจอย่างชอบธรรมในการบังคับรักษา ส่งเสริมให้บุคลากรผู้ให้การบำบัดมีอำนาจในประเด็นที่พวกเขาจะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาผู้กระทำความผิดอาญาที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรงในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลให้รับประทานยา และการเฝ้าระวังการใช้สุราหรือยาเสพติด มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อเขามีภาวะวิกฤต และต้องได้รับการอนุญาตให้มีการปล่อยตัวเพื่อให้ไปรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในระยะเวลาที่ไม่นาน 7. การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง (management of violence) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงบ่อยๆ ส่วนหนึ่งเกิดเนื่องจากการขาดการรักษาต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและมีพฤติกรรมรุนแรง อีกส่วนหนึ่งเกิดจากขาดทักษะในการควบคุมตนเอง ซึ่งการบำบัดเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงมีดังนี้คือ - ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเหมาะสม - ให้มีการลงนามอย่างเปิดเผยถึงความคาดหวังของพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดขึ้นในอนาคตและผลลัพธ์ที่จะตามมา ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะเอื้อประโยชน์ในการทำงานกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างเต็มศักยภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	- บุคคลที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่จะได้รับการรักษาเมื่อเกิดอาการทางจิตกำเริบขึ้น - การจัดการกับบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบหรือเมื่อมีอาการแสดงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย และมีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง การใช้สุราหรือยาเสพติด ฯ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต่างๆ รวมถึงยาต้านโรคจิตเวชกลุ่มใหม่ และยากลุ่มอื่นๆ เช่น beta blockers, carbamazepine, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), lithium เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย - การส่งเสริมการเรียนรู้ในการควบคุมตนเอง มีการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องเทคนิคการจัดการกับอารมณ์โกรธ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อปรับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลผลที่นำมาสู่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และฝึกวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพแทนการใช้พฤติกรรมรุนแรง 8. มีการผสมผสานการบำบัดรักษาและการจัดการรายกรณี (Integrating treatment and case management) การจัดการรายกรณี เป็นกลยุทธ์ในการประสานความร่วมมือที่จะทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ได้รับบริการที่จำเป็นจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ การประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตสังคมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีหลักพื้นฐานในการให้บริการที่เน้นความถี่ของการให้บริการ เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการนำนวัตกรรมบำบัดลงสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้จัดการรายกรณียังมีบทบาทในการช่วยเหลือในห้วงพิจารณาคดีของศาล เมื่อผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และผู้ป่วยจะรับรู้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือตนได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	ขณะเดียวกันผู้จัดการรายกรณีก็มีอำนาจในการจัดการกับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การกระทำความผิดอาญาของผู้ป่วยได้ 9. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Therapeutic living arrangements) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/เรือนจำเป็นระยะเวลายาวนาน ก่อนที่จะจำหน่าย/ปล่อยตัวกลับเข้าไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่มีโครงสร้างเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีโครงสร้างเลย ประเด็นสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาคือ ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย พบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทันทีทันใดได้ ทำให้เกิดความเครียด เมื่อปัญหาเหล่านี้มีมากขึ้นผู้ป่วยก็จะมีอาการกำเริบหรือควบคุมตนเองไม่ได้ และกระทำความผิดอาญาเนื่องจากเขาไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการค่อยๆลดระดับโครงสร้างลงไปเรื่อยๆ เช่น จากเรือนจำหรือโรงพยาบาลนิติจิตเวช ไปสู่ชุมชนแบบปิด เช่น บ้านพักชั่วคราว (ชุมชนที่มีการควบคุมสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมด) หลังจากนั้นให้ไปอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมแล้วจึงให้ไปอยู่ในครอบครัวหรือไปใช้ชีวิตโดยลำพัง ในกระบวนการลดระดับในการปล่อยตัว ช่วงที่ควรให้ความสนใจอย่างมากคือ ช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่มีทักษะในการเผชิญกับปัญหา เป็นช่วงที่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยอยู่ภายใต้ภาวะความเครียดมากๆ จำเป็นจะต้องพิจารณารับผู้ป่วยกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ 10. ทำงานร่วมกับสมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง (สมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้พิทักษ์สิทธิมนุษยชน และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษา) เช่น ให้คำปรึกษา ให้สุขภาพจิตศึกษาอธิบายให้เข้าใจพยาธิสภาพของโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย อธิบายให้เข้าใจการสังเกตอาการนำ/อาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการทางจิตกำเริบก้าวร้าว

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	รุนแรง ฝึกทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับอารมณ์โกรธ การฝึกการบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นกับผู้ป่วย และแนะนำให้รู้จักหน่วยงานที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังต้องให้ความช่วยเหลือระดับประคองสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะเมื่อพวกเขาต้องตกเป็นเหยื่อจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต้องสอนวิธีการปกป้องตัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องไปเข้ากลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เข้าร่วมกลุ่มครอบครัวบำบัดแบบระดับประคอง เพื่อช่วยให้ได้มีโอกาสในการเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากครอบครัวอื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และช่วยจัดการด้านเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และเข้าไปให้ความช่วยเหลือในห้วงพิจารณาคดีของศาล และมีบริการสายด่วนให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ผู้ให้การบำบัดจะต้องรู้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นอีกหรือไม่ที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนได้
ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก	หลักการแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้อง กับนโยบายหลักในการให้บริการนิติจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน และมีรูปแบบการทำงานคล้ายคลึงกันคือ มีการทำงานแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เหมือนกันคือ เพื่อลดการก่อกวนซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช ช่วยในกระบวนการตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่เป็นผู้รับบริการของหน่วยงาน พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามขอบเขตหน้าที่ของสมาชิกทีมผู้ให้การบำบัด กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้จริงในคลินิก
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์	งานวิจัยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ดำเนินงานวิจัย Lamb, Weinberger & Gross ผู้วิจัยหลักเป็นศาสตราจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ University of Southern California ตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติที่มีชื่อเสียง คุณภาพงานวิจัย ใช้ระเบียบงานวิจัยแบบ Review literature Level VII

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำผลการวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดเชิงรุกที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยนี้มาปรับใช้ในการให้บริการผู้ป่วยนิติจิตเวชกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยนิติจิตเวชของสถาบันส่วนหนึ่งก็เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนที่สมควรได้รับการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเช่นกัน 2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พยาบาลสามารถใช้นวัตกรรมนี้ได้ตามบทบาทของสมาชิกทีม ในโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้ความเห็นชอบ และนโยบายของหน่วยงาน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) นวัตกรรมไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายกับผู้รับบริการ เป็นรูปแบบที่เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การบริการทางด้านสังคม และได้รับการพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการบำบัดรักษาโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของสังคม สอดคล้องกับภารกิจที่สถาบันฯ ได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิต เป็นรูปแบบที่คุ้มค่าคุ้มประโยชน์ แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดดูแลรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	สามารถนำเอาหลักการแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยนิติจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยนำนวัตกรรมบำบัดที่จำเป็นมาใช้ในการบำบัดรักษา มีการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น และมีการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างงานบริการทางด้านสุขภาพจิต งานบริการทางด้านสังคม และงานบริการทางด้านการกระบวนกรยุติธรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและการถูกจำคุกซ้ำ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยมีหลักพื้นฐานในการให้บริการ ดังนี้ จะต้องมีการบำบัดรักษา จัดให้มีบ้านพักอาศัย มีสังคม (มีกลุ่มเพื่อน/ กลุ่มนันทนาการ) มีการฟื้นฟูทางด้านการงานอาชีพ และมีการบริการทางด้านสังคม ให้ความสำคัญกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน โดยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

เรื่องที่ 6. Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Aca Psychiatrica Scandinavica* , 106, 47-53.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเสนอแนวคิดหรือหลักการในการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน
ทุน	ไม่ระบุแหล่งสนับสนุนการวิจัย
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมุติฐานของงานวิจัย
วิธีการศึกษา	ทบทวนนโยบายและกฎหมายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตเวชที่กระทำ ความผิดทางอาญา และทบทวนงานวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักการ ฟื้นฟูสุขภาพจิตและ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน
ระดับงานหลักฐานเชิงประจักษ์	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt,(2005) Level VII
ผลของการทบทวนวรรณกรรม	จากการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชนของประเทศ นิวซีแลนด์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นปัจจัยร่วมทำให้ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี นอกจากนี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนและจากสังคม ผู้ป่วยถูกแยกออกจากสังคม จึงทำให้มีอาการทางจิตกำเริบแล้วก่อคดีซ้ำขึ้น ในที่สุดผู้ป่วยเหล่านี้มีวงจรชีวิตอยู่ระหว่าง ถนน/สถานที่สาธารณะ - เรือนจำ - โรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจะถูกตีตราซ้ำซ้อน (Double Stigma) ว่า “เป็นโรคจิต และเป็นอาชญากร” ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกต่อต้านจากหน่วยให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในชุมชนและจากสังคม การที่จะให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน ศาลได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่จะปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนได้ ระบบให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนต้องดีกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชต้องได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ดังนั้นจึงได้มีการทบทวนหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง งานวิจัย และ องค์ความรู้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลของการทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	เกี่ยวกับหลักการฟื้นฟูสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการจิตเวชชุมชนของประเทศ นิวซีแลนด์ ในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้คำนึงถึงหลักสิทธิที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยเน้นการให้บริการ 2 หลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาจากทีมบำบัดเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิให้ได้รับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงได้กำหนดเป็นบทบัญญัติ 10 ประการในการบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังนี้ 1. หน่วยบริการจะต้องตั้งอยู่ในชุมชน (The service must be located in the community) หลักปรัชญาการให้บริการสุขภาพจิตชุมชนคือ ให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นศูนย์กลางของการให้การบำบัดรักษาที่ปลอดภัย มีการผสมผสานหลายรูปแบบบริการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงสุดและกลับคืนสู่ภาวะปกติ หน่วยบริการต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ยึดหลักการในการให้บริการประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่วิกฤตหรือสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤตได้อย่างรวดเร็วและใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีบ้านพักอาศัย ได้รับการศึกษา และสนับสนุนให้มีการจ้างงาน 2. ผู้ให้บริการทุกคนต้องสามารถให้บริการเคลื่อนที่ได้ (All member of the service must be mobile) การให้บริการเคลื่อนที่ในชุมชนเป็นหัวใจของการเข้าถึงผู้รับบริการ และเป็นหลักพื้นฐานที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์ของการ ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	การไปเยี่ยมบ้านช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการบำบัดรักษาตามนัดหรือการไม่ไปเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ลดปัญหาทางการเงินของผู้ป่วย และช่วยลดภาระของโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้ป่วยในคลินิกจำนวนมาก ผู้ให้บริการต้องสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งในด้านสังคม สภาพแวดล้อมของบุคคล และประเด็นความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีทักษะในการกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ช่วยให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีและไม่มีความพิการสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ 3. เป็นบริการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์บริการต้องเข้าไปถึงภายในช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรง (The service must be accessible during weekends and after hours) ต้องมีนวัตกรรมบำบัดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สำหรับประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ทีมต้องมีความสามารถในการบำบัดรักษาอย่างเข้มข้นทั้งในภาวะวิกฤติและภาวะปกติโดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปขอรับบริการจากหน่วยบริการอื่น มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทีมต้องมีความรู้ในเรื่องของการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำและวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลมากที่สุด 4. บริการที่จัดให้จะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (The service must provide culturally informed care) เนื่องจากผู้รับบริการมีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะที่ดีในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว มีความรอบรู้ในเรื่องภาษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการเป็นอย่างดี และมีการดูแลที่เหมาะสม ทีมที่ให้บริการในชุมชนที่มีประชากรมีความแตกต่างหลากหลายทางด้านชาติพันธุ์ ควรมีการคัดเลือกบุคลากรที่จะเข้าไปทำงานให้มีเชื้อชาติที่เดียวกันกับผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการทุก

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์ของการ ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	คนต้องได้รับการอบรมให้มีความสามารถทางด้านภาษาและวัฒนธรรม ก่อนที่จะเข้าไปให้บริการในชุมชน เพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการบำบัดรักษา 5. เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (The formation of an effective therapeutic alliance) เป็นการให้บริการที่เน้นการบำบัดรักษาภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดี มีการกำหนดเป้าหมายการบำบัดรักษาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลผู้ให้บริการสามารถใช้กฎระเบียบในการบังคับให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาได้ แต่ในชุมชนต้องอาศัยทักษะหลายอย่างในการให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา ใช้ทั้ง การชี้แนะ การจูงใจ การทำข้อตกลง และการบังคับใช้กฎหมาย รูปแบบการบำบัดจะเน้นการรับฟังและการให้ความช่วยเหลือในเรื่องกระบวนการคิดเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่จะมีผลทำให้เกิดการกระทำผิดทางอาญา 6. ต้องสามารถให้บริการที่มีความถี่สูงของจำนวนครั้งในการติดตามดูแล และประเมินผู้ป่วย (The service must be able to provide a high frequency of contacts with patients) ความถี่ของการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และการจัดการกับความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ในการไปพบกับผู้ป่วยบ่อยครั้งทำให้สามารถเรียนรู้รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ และได้สังเกตอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ การไปพบผู้ป่วยบ่อยครั้งจะก่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่ความไว้วางใจ ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และนำไปสู่การนำนวัตกรรมบำบัด (intervention) ลงสู่การปฏิบัติ 7. ผู้ป่วยจะต้องไม่ถูกปิดกั้นการเข้าถึงบริการ รวมถึงโอกาสในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (The patient must have unobstructed access to services, including access to rehospitalization)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์ของการ ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	ผู้ป่วยจำนวนมากมักถูกคาดหวังว่าพวกเขาจะสามารถปรับเปลี่ยนตนเองให้เข้ากับบริการด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับความต้องการที่ไม่คงที่หรือมีระดับความต้องการผันแปรขึ้นๆ ลงๆ ผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนให้เข้าถึงบริการต่างๆ ทางสังคม เช่น บริการเรื่องที่อยู่อาศัย การเงิน ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม การงาน อาชีพ การติดตามนิเทศเรื่องการอำนวยความสะดวกบริการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น 8. ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและการสร้างเครือข่ายในสังคม (Working with the patient 's family and significant social network) ครอบครัวถือเป็นแหล่งทรัพยากรสนับสนุนที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะรับรู้และเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตกำเริบซ้ำของผู้ป่วย และยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่า มีเอกลักษณ์ของตนเอง บางครั้งผู้ป่วยอาจถูกต่อต้านหรือไม่ได้การยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้บำบัดจะต้องมีการพัฒนาให้ครอบครัวยอมรับ และเป็นพันธมิตรในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย 9. ต้องมีความเข้าใจในหลักปรัชญาของการทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ (The service must understand incorporate recovery as a philosophy of care) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูกลับคืนสู่ภาวะปกติจะต้องมีความเข้าใจปรัชญาการบริการและการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด Helibreun et al., (2000) กล่าวว่าในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการป้องกันการก่อคดีซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญต่อการกำหนดเป้าหมายในการออกแบบการให้บริการในรูปแบบวิธีการของอาชญากร และความต้องการของอาชญากร แล้วนำเอาหลักการเหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์ของการ ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	10. มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพจิตของผู้ป่วย โดยยึดหลักพื้นฐานในการให้บริการเพื่อการจัดการความเสี่ยงรายบุคคล (The service must deliver care based on individual risk management and rehabilitation plans) หลักปรัชญาการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน จะต้องมีการจัดการแบบรายกรณี สนับสนุนให้มีการจัดการกับความเสี่ยงของพวกเขา มีการวางแผนในการฟื้นฟูสภาพจิต การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย หลักพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยคือ ไม่สามารถนำนวัตกรรมการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคนหนึ่ง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดทุกคนได้ แต่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องของการทำหน้าที่ของบุคคล เช่น การทำหน้าที่ในบทบาทของการดูแลตนเอง และการทำหน้าที่ในบทบาททางสังคม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดคือ ต้องมีการประเมินแนวโน้มของอาการที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการแสดงในอดีตและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่วนประกอบของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยรายละเอียดของสถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงต่อตนเองและต่อผู้อื่น นอกจากนี้ต้องมีการพิจารณาอย่างรอบรอบเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างสิทธิของผู้ป่วย และความปลอดภัยของสาธารณะ
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับนโยบาย บทบาท และขอบเขตการดำเนินการของงานบริการนิติจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน เป็นบทบัญญัติที่มีความครอบคลุมทุกมิติ เพื่อช่วยให้กระบวนการตัดสินใจเลือกรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ เป็นรูปแบบการให้บริการแบบเป็นทีมบำบัดเคลื่อนที่ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามขอบเขตของบทบาทสมาชิกทีม
การมีความหมาย หรือคุณค่าใน เชิงศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้วิจัยเป็นจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการทางด้านนิติจิตเวชในเมือง Auckland, New Zealand 3. ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ Level VII

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) มีความเป็นไปได้ในการนำบทบัญญัติการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชชุมชนของประเทศนิวซีแลนด์ มาประยุกต์ใช้เป็นหลักพื้นฐานในการให้บริการนิติจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน เพราะมีหลักการปฏิบัติคล้ายคลึงกับรูปแบบการให้บริการของงานนิติจิตเวชชุมชนที่ปฏิบัติอยู่เดิม ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกันคือเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีประวัติเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม แต่สิ่งที่เพิ่มขึ้นมาคือมีผู้จัดการรายกรณีดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็น การนำข้อเสนอแนะไปใช้ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมาก และมีวิธีการประเมินผลที่ไม่ยาวนานไป 2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) มีความเป็นไปได้ในการนำบทบัญญัติมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากไม่มีความซับซ้อน และไม่เป็นการรบกวนงานประจำที่เคยปฏิบัติเพราะเป็นนวัตกรรมที่มีรูปแบบการดำเนินการคล้ายคลึงกับรูปแบบการให้บริการนิติจิตเวชชุมชนของหน่วยงาน แต่ต้องเพิ่มความเข้มข้นในการให้บริการมากขึ้นและมีการประสานความร่วมมือกับแหล่งทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย จึงน่าจะได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) บทบัญญัติการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชในชุมชน เป็นรูปแบบที่ไม่มีความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เป็นบทบัญญัติที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤต และในระยะที่มีอาการทางจิตสงบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในการดูแลตนเองและบทบาททางสังคม โดยนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยลดการกลับเข้ารับรักษา ลดการก่อกวนซ้ำ เป็นการปฏิบัติที่คำนึงถึงความสมดุลระหว่างสิทธิส่วนบุคคลและความปลอดภัยของสาธารณะ และลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	บทบัญญัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประเทศนิวซีแลนด์ สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นหลักพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามบริบทของสถาบันฯ เนื่องจากเป็นบทบัญญัติที่มีเนื้อหาครอบคลุมในทุกมิติ มีความสอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักของงานบริการจิตเวชชุมชน และมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบที่ปฏิบัติอยู่เดิมของหน่วยงาน นอกจากนี้ประชากรกลุ่มเป้าหมายก็มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นายวีรยุทธ นุปผา
วัน เดือน ปีเกิด	6 ตุลาคม 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี, 2525 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี, 2534 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี, 2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02 - 8899066 - 7 ต่อ 2206, 2207 Email: werayuthb@gmail.com