

ประเด็นการพิจารณาการคัดเลือกหัวข้อการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง
Development of a management System for Substance Use Disorder with
High Risk to Violence (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

หน่วยงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1. ความสำคัญของหัวข้อวิจัย

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
1. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือ ปัญหาสุขภาพ <u>คำจำกัดความ</u> จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ เทคโนโลยีนั้นๆ	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ <input type="checkbox"/> 5) มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป <input checked="" type="checkbox"/> 4) 100,001 – 500,000 คน <input type="checkbox"/> 3) 50,001 – 100,000 คน <input type="checkbox"/> 2) 10,001 - 50,000 คน <input type="checkbox"/> 1) 0 – 10,000 คน	อ้างอิงเอกสารหมายเลข 1 – 2 จากการ สำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิต เวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากร ทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบ มากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมา คืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติ จิตเวชถึง 3 เท่า (National Survey on Drug Use and Health, 2012) และ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความ เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 ³ - นิยามศัพท์ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง ก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1) มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรงโดย ตั้งใจให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน 2) มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้าย ผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอด ช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3) อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความ

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
		<p>รุนแรงต่อผู้อื่น</p> <p>4) มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิตต่อร่างกายและเกี่ยวกับเพศ)²⁻⁴</p> <p>- จากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาที่พบอาการทางจิต ในปีงบประมาณ 2561 – 2562 กระทรวงสาธารณสุข³ แบ่งเป็น 2 ระบบ ได้แก่</p> <p>1. ระบบ บสด. มีจำนวน 9,366 และ 9,360 ราย</p> <p>2. ระบบ Health Data Center (HDC) ที่เข้ารับการรักษาอาการทางจิตยกเว้น F10 และ F17 มีจำนวน 138,132 และ 235,311 ราย</p>
<p>2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ</p>	<p>ระดับความรุนแรง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 5) เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต)</p> <p><input type="checkbox"/> 4) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/ นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 3) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิตหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> 1) โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ต่อผู้ป่วย</p>	<p>- ปี พ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิต ประเทศไทย¹ ได้สำรวจผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจิตเภท (F11 - F19 ยกเว้น F17) มีจำนวนมากถึง 1,451 คน จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่า เกือบเท่าๆ กัน เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) จำนวน 634 คน (ร้อยละ 43.69) และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) จำนวน 622 คน (ร้อยละ 42.87)¹</p>
<p>3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/วินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ</p>	<p>3.1 กรณีของการรักษาและฟื้นฟูสภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> 5) สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่สภาวะสุขภาพปกติ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4) ยืดชีวิตได้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพอย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> 3) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงอย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิต</p>	<p>- เป้าหมายการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง^{1,5} คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น 2. ลดการกลับเป็นซ้ำ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 4. ลดตราบาปให้สังคม (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ																		
	<p>ให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> 1) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและลดคุณภาพชีวิต</p> <p>3.2 กรณีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยโรค</p> <p>- พิจารณาจากความแม่นยำ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A₂ ความแม่นยำมากกว่า 80 %</p> <p><input type="checkbox"/> A₁ ความแม่นยำ 60 – 80 %</p> <p><input type="checkbox"/> A₀ ความแม่นยำน้อยกว่า 60 %</p> <p>- พิจารณาจากผลกระทบ</p> <p><input type="checkbox"/> D₁ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> D₀ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>ระดับความแม่นยำ</th><th>ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td><td>A₂</td><td>D₁</td></tr> <tr> <td>4</td><td>A₁</td><td>D₁</td></tr> <tr> <td>3</td><td>A₂</td><td>D₁</td></tr> <tr> <td>2</td><td>A₀/A₁</td><td>D₀/ D₁</td></tr> <tr> <td>1</td><td>A₀</td><td>D₀</td></tr> </tbody> </table> <p>3.2 กรณีการป้องกันโรค</p> <p><input type="checkbox"/> 5) มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90 %</p> <p><input type="checkbox"/> 4) มีประสิทธิผลในการป้องกัน 81 - 90 %</p> <p><input type="checkbox"/> 3) มีประสิทธิผลในการป้องกัน 71 - 80 %</p> <p><input type="checkbox"/> 2) มีประสิทธิผลในการป้องกัน 61 - 70 %</p> <p><input type="checkbox"/> 3) มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า 60 %</p>	คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค	5	A ₂	D ₁	4	A ₁	D ₁	3	A ₂	D ₁	2	A ₀ /A ₁	D ₀ / D ₁	1	A ₀	D ₀	<p>- มีงานวิจัย และบทความที่หลากหลายเพื่อพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วยอาการทางจิต อ้างอิงเอกสาร 5 และ 6 แต่ยังไม่พบการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิต และมีแนวโน้มก่อความรุนแรง</p> <p>- ทั้งนี้จากงานวิจัยเอกสารอ้างอิงหมายเลข 7 พบว่า หากผู้ป่วยอาการทางจิตได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วจะสามารถป้องกันการเกิดอาการ อาการแสดงที่รุนแรง หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจลดอาการรุนแรงจนไม่เกิดอาการซ้ำได้ และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ในระดับที่น่าพอใจ</p> <p>- ในส่วนของการป้องกันโรค ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาการอ้างอิงว่าจะสามารถป้องกันโรคได้ในอัตราเท่าใด ซึ่งการเกิดอาการรุนแรงซ้ำขึ้นเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การไม่ได้รับประทานยาการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการ อาการแสดงที่รุนแรงขึ้น 3. การที่ผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เป็นต้น^{1,8}
คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค																		
5	A ₂	D ₁																		
4	A ₁	D ₁																		
3	A ₂	D ₁																		
2	A ₀ /A ₁	D ₀ / D ₁																		
1	A ₀	D ₀																		

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
<p>4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค</p>	<p><input type="checkbox"/> ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี</p>	<p>- ไม่มีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการของชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>- จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกระจายเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่งเริ่มดำเนินการเมื่อปี 2560 ซึ่งไม่แน่ใจว่าการกระจายตัวของเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาจะครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเฉพาะยารักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตบางชนิดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถเข้าถึงยารักษาอาการทางจิตได้¹</p>
<p>5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพและ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพจนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย</p>	<p>รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 5) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพมากกว่า 63,500 บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 4) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง 50,701 – 63,500 บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 3) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง 38,001 – 51,700 บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 2) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพปีละระหว่าง 25,401 – 38,000 บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 1) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพน้อยกว่า 25,400 บาท/ปี</p>	<p>- ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในส่วนของผู้ป่วยเสพติดที่มีแนวโน้มก่อความรุนแรงยังไม่มีการวิเคราะห์วิจัยอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของศิริแพทย์ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ (2552)⁹ ซึ่งได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษายาเสพติดโดยวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า ต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยคิดเป็น 15,597.12 บาท และต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยคิดเป็น 3,519.59 บาท และเมื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลโดยใช้ภาพจำลอง (Scenario) ของร้อยละของผู้ไม่กลับมาเสพซ้ำใน 1 ปี พบว่าจากตัวอย่างการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากับ 35,196 บาท ร้อยละ 15 เท่ากับ 23,464 บาท ร้อยละ 30 เท่ากับ 11,732 บาท ร้อยละ 50 เท่ากับ 7,039 บาท และร้อยละ 70 เท่ากับ 5,028 บาท ทั้งนี้ อังกูร ภัทรกร และคณะ (2558)¹⁰ ได้ศึกษาการขาดงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีงานทำมีปัญหาต้องขาดงานเฉลี่ยเป็นเวลา 17 วัน และลางานเพื่อมาบำบัดรักษาเฉลี่ยประมาณ 6 วัน ส่วนผู้ที่ยังคงเรียนอยู่</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
		มีปัญหาขาดเรียนเฉลี่ย 74 วัน และลาเรียนเพื่อมาบำบัดรักษาเฉลี่ย 227 วัน เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าที่พักคิดเป็นเงินเฉลี่ย 2,833.33 บาท/ครั้ง ค่าเดินทางไป-กลับคิดเป็นเงินเฉลี่ย 1,842.65 บาท/ครั้ง และค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากชีวิตปกติของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่พามารับการบำบัดรักษาคิดเป็นเงินเฉลี่ย 1,354.48 บาท/ครั้ง
6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม <u>คำจำกัดความ</u> ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ในที่นี้ความเป็นธรรมจากการให้สำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ	<input type="checkbox"/> ผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดกับผู้มีรายได้น้อย <input checked="" type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีระดับความชุกของโรคที่พบมากกว่า 10,000 คน <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีระดับความชุกของโรคที่พบ 1,000 – 10,000 คน <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีระดับความชุกของโรคที่พบน้อยกว่า 1,000 คน	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ¹ ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V (ตามคำนิยามและเกณฑ์ผู้ป่วย SMI-V ปี 2558 และ ปี 2561) จำนวนสะสม 13,194 คน โดยในส่วนของผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจิตเภท (F11 - F19 ยกเว้น F17) จำนวน 1,451 คน จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) จำนวน 634 คน (ร้อยละ 43.69 และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) จำนวน 622 คน (ร้อยละ 42.87) ผู้ป่วย SMI-V โรคความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา (F10) จำนวน 870 คน จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) มากที่สุด จำนวน 488 คน (ร้อยละ 56.09) รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) จำนวน 282 คน (ร้อยละ 32.42)

2. ความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย.....ทำได้.....

3. รูปแบบการวิจัย ที่ควรทำเป็น

☐ Primary Research ประเภท.....

☒ Systematic Review

☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. ประโยชน์เชิงนโยบายที่จะได้รับการวิจัย

☒ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บรรณาธิการ). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2563.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563. (สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2564). เข้าถึงได้จาก <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563. pdf>
3. Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 301 (19), 2016 - 2023.; 2009.
4. สำนักพัฒนาและป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง นโยบายสถานการณ์และการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านยาเสพติด ของเขตสุขภาพที่ 4. สำนักงาน ป.ป.ส. 2564.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เน้นสังเกต 7 สัญญาณเตือนเฝ้าระวัง-อยู่ร่วมผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงจากยาเสพติด. ออนไลน์ 26 มิถุนายน 2562. (สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564). เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29768>
6. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทงค์ และจินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 61 ฉบับที่ 3*, 2559.
7. นุชณี เอี่ยมสะอาด ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. *วารสารจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1*, 2563

8. United States Department of Health and Human Services. (2012). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. ICPSR34933 - v3. Ann Arbor, MI: Inter – university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2015 - 11 - 23.<https://doi.org/10.3886/ICPSR34933.v3>
9. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ, อุษณีย์ พึ่งปาน และจารุวัฒน์ บุษราคัมรู่หะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษายาเสพติด. ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มิถุนายน 2552.
10. อังกูร ภัทรการ, ธัญญา สิงโต และสำเนา นิลบรรพ์. การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญารักษ์ และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(2):305-16.