

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มสภาวะวิกฤตทางการเมือง ปัญหาสังคม และผลกระทบทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โรคทางจิตเวชมีสถิติของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่ง ที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และกำลังจะเป็นปัญหาที่เรื้อรังของประชากรโลก เนื่องจากพบได้ในประชากรทั่วไป ซึ่งมนุษย์ทุกคนล้วนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในทุกช่วงของชีวิต จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคล โรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ร้อยละ 15 และอาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 25 ถึง 40 ปี ช่วงอายุที่ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ อายุ 24 ถึง 44 ปี และยังพบอุบัติการณ์ในสถานบริการระดับสาธารณสุขมูลฐาน ถึงร้อยละ 10 มีตั้งแต่ระดับปกติจนถึงระดับอาการรุนแรง หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO] อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2010) ได้ประมาณการว่าโรคซึมเศร้าจะรุนแรง และเป็นภาระต่อสังคม เศรษฐกิจ จากอันดับ 4 เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคที่เป็นภาระ (Disease burden) และนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และฐานะทางสังคม และองค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 4 ทั่วโลก ที่ทำให้ในหนึ่งปีมีการสูญเสียทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร

สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย ถือเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง และเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือกว่า 3 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2005) และจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทย ในปี 2546 โดยใช้แบบสัมภาษณ์มินิ อินเตอร์เนชันแนลนิวโรไซโคดิก อินเทอร์วิว (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) เพื่อการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคม

จิตแพทย์อเมริกัน (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV-TR) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน จากการสุ่มทุกภาคของประเทศ พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorders) เป็นร้อยละ 3.20 และความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชายร้อยละ 2.47 (อัตราส่วนชาย: หญิง เป็น 1.6: 1) กลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุด ร้อยละ 7.2 (ธรณินทร์ กองสุข, 2549) จากการศึกษาภาระโรค และการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2547 (The Thai working group on burden of diseases and injures อ้างในรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต, 2553) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิต และจิตเวช พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าแม้ไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร แต่ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการของโรคเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ มีผลกระทบต่อสังคมค่อนข้างสูง

จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในประเทศไทยมีสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรวมทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 จำนวน 123,876 คน, 148,117 คน และ 165,785 คน คิดเป็นร้อยละ 4.49, 5.33 และ 6.04 ตามลำดับ (รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต, 2552) ในส่วนของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 6,720 คน, 6,721 คน และ 6,187 คน รับเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยในรวมทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 306 คน, 344 คน และ 281 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55, 5.12 และ 4.54 ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) จากการศึกษาลักษณะการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการศึกษาธรรมชาติของโรคระยะยาว (Long-term naturalistic studies) ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต (Lifelong illness) (Keller 1992: Muller 1996: Keller 1998: Brodaty 2001) มีอาการเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ทุเลา และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก และประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการอยู่ตลอดเวลาไม่ทุเลา (no remission) (Thornicroft, 1993) ในชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดอาการซึมเศร้าประมาณ 4 ครั้ง โดยเฉลี่ย (Judd, 1997)

โรคซึมเศร้ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอยู่หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยที่มีความเป็นไปได้สูงในการเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ประสบการณ์ในวัยเด็ก ปัญหาพฤติกรรมของพ่อแม่ และครอบครัว การติดแอลกอฮอล์ และยาเสพติด (จินตนา ถึงงเพิ่มพูน, 2549) โดยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองในระยะยาว และทิศทางที่ทำให้ผู้ที่กำลังป่วยนั้น เสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

ในครั้งต่อ ๆ ไป ถึงแม้ว่าจะไม่มีความเครียดภายนอกก็ตาม (กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์, 2550)

โรคซึมเศร้าแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision [DSM-IV-TR]) ได้ดังนี้คือ มีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เกิดการสูญเสียหน้าที่ หรือบกพร่องในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง และมีอาการ 5 อย่าง ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร หรือน้ำหนักลดลง การนอนหลับเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถตัดสินใจได้ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยอาการเหล่านี้ คือ ไม่ได้เข้ากับเกณฑ์ของอาการที่ปนกันหลายอาการ อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และอาการไม่ได้เข้าได้กับความเศร้าเสียใจ ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานเกิน 2 เดือน หลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงอย่างมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ โรคจิต หรือปัญญาอ่อน (APA, 2005) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการที่สำคัญ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดัง หรือเสียงรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบๆ ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบว่ามีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้น อาจรู้สึกอยากตาย ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีอาการคิดถึงวิธีการ มีการวางแผน จนถึงการทำ การฆ่าตัวตายในที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึง ร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

ในส่วนของการรักษาโรคซึมเศร้านั้นมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การบำบัดทางจิตบำบัด และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันได้มีการศึกษาค้นคว้า ขยายชนิดใหม่ ๆ ขึ้นมากมาย ที่มีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น แต่ยังคงเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้หายจากอาการแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยจะให้ยาต่อไปอีก 4 ถึง 6 เดือน แล้วจึงค่อย ๆ ลดยาลง ใช้เวลาเป็นเดือน หากหยุดยาเร็วผู้ป่วยมักมีอาการแทรกซ้อนจากการหยุดยา เช่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เป็นต้น และเพื่อป้องกันการกลับมา รักษาซ้ำ รวมไปถึงการป้องกันในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2 ถึง 3 ครั้ง ขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ถึง 3 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2551) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะมีการกลับเป็นซ้ำ และเป็นเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก (รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต, 2553)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน และให้บริการแก่ผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ในเขตภาคเหนือตอนบน มีหน้าที่ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาแผนกผู้ป่วยใน จะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นส่วนใหญ่ กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่ซับซ้อน แพทย์ หรือพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน จะส่งต่อนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมดูแล เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดำเนินการที่ผ่านมาโรงพยาบาลสวนปรุง ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากรมสุขภาพจิต ซึ่งได้กล่าวเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับขนาดยาที่ต้องรับประทาน การให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วย หรือญาติมีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ การมาตรวจตามแพทย์นัด และบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรับบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การแนะนำให้ผู้ป่วย และญาติ สังเกต และประเมินตนเองโดยการใช้แบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองในเบื้องต้น

แม้ว่าผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติตามแนวทางเบื้องต้นแล้ว แต่ยังพบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านานกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากการสุ่มเฉพาะเบียนผู้ป่วยโดยผู้ศึกษา พบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านานกว่า 28 วัน จำนวน 8 ใน 10 แพ้ม จากกระบวนการพัฒนาคุณภาพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง โดยการทำกิจกรรมการทบทวนคุณภาพขณะดูแลผู้ป่วย พบว่าบุคลากรให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และมีบุคลากรบางส่วนที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคซึมเศร้าน้อย อีกทั้งไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ศึกษา และการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าในด้านกระบวนการ ทีมบุคลากรยังไม่มีแบบแผนการจำหน่ายเฉพาะโรคซึมเศร้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่มีแนวทาง และแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และครอบคลุม ไม่มีการคัดกรองระดับอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินอาการทางจิต และการช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุมปัญหา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษซ้ำ พบว่าส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค บางรายไม่ได้รับข้อมูลความรู้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแล

รักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน (รายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) อีกทั้งญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดย พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากภาระ งานที่มาก และถูกจำกัดด้วยเวลา ส่งผลให้การให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับโรคบางรายไม่ได้รับข้อมูล ความรู้ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ญาติดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุม อาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับเป็นซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังจะเห็น ได้จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน และสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของโรงพยาบาลสวนปรุง ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 พบว่า สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำนวน 306, 344 และ 281 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55, 5.12 และ 4.54 ตามลำดับ ส่วนสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีจำนวน 26, 22 และ 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.39, 0.33 และ 0.31 ตามลำดับ (รายงานสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) แม้ว่า สถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีแนวโน้มลดลง แต่จากการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้การรักษา พบว่าปัจจุบันส่วนหนึ่งแพทย์จะมีการคัดกรอง และรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเฉพาะ รายที่มีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เป็นโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากการมี ส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จะช่วยแก้ไขปัญหของหน่วยงาน และ พัฒนาระบบของการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เน้นเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิด ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน (McKeehan, 1981; สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) ผู้ป่วย ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จะสามารถดูแลตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาระการดูแล ป้องกันการป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้จำนวนการกลับมารักษาซ้ำ การกลับเป็นซ้ำ การเกิดเป็นใหม่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการกลับ ไปสู่สภาวะแวดล้อมเดิมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็น กระบวนการพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลที่ เฉพาะเจาะจง เป็นระบบ เหมาะสม และสามารถถือปฏิบัติได้ตรงกัน จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสภาวะใดสภาวะหนึ่งได้

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน หรือชุมชน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการระหว่างความรู้ และความชำนาญของผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่มีคุณภาพร่วมกับตัวผู้ป่วย และญาติ โดยมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย และญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วย และญาติมีการเข้าใจต่อภาวะเจ็บป่วย ลดภาระการดูแล และส่งผลให้การกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยลดลง เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการกลับไปสู่สภาวะแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล องค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายจะมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงครอบครัว และชุมชน (McKeehan, 1981) การวางแผนจำหน่าย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบ และเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองที่ชุมชน หรือบ้านโดยมีปัญหาลดลง และอุปสรรคน้อยที่สุด การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นในการให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ด้วยดี คือ การใช้วิธีการวางแผนจำหน่าย (Lowenstein & Hoff, 1994)

จากความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษา และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และการกลับมารักษซ้ำ ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC) อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อให้หน่วยงานได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุม และต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบของแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเฉพาะโรคที่สำคัญ และเป็นปัญหาเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และญาติ เน้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์ และสุขภาพ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) และตามแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสัน (McKeehan, 1981) ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึงเดือน กันยายน 2554

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder:DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2005) เป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive disorder) หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น F32 และ F33 ตามระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (WHO, 1992)

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยที่เป็น

โรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการประเมินความต้องการ การดูแลต่อที่บ้านร่วมกับญาติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าในรูปแบบมาตรฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จีวีวรรณ ธงชัย, 2548) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการได้รับการแก้ไข 2) การกำหนดทีมพัฒนา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นหลักฐาน 5) การยกร่างแผนจำหน่าย 6) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และ 7) การทดลองใช้แผนจำหน่าย และนำผลการประเมินมาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้จริง และตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเสน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้ 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติตามแผนร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นตามจริงภายหลังการดูแลตามแผน (McKeehan, 1981)