

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดของโรคทางจิตเวชโดยมีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ร้อยละ 7.0 - 9.0 ต่อประชากร 1000 คน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุชนิชย์, 2550) ประมาณกันว่าในคนทั่วไป 100 คนจะพบผู้ที่เป็นโรคหรือเคยเป็นโรคนี้ 0.3-1 คน ในทุกๆปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อประชากรหมื่นคนส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปีถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายมีอาการเมื่ออายุน้อยกว่าเพศหญิง (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคจิตเภทมีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 ของโรคทางจิตเวช และเป็นโรคที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.66 ของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากรายงานของกรมสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยมารับบริการมีเท่ากับ 54.25, 52.39 และ 61.08 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีเขตรับผิดชอบในจังหวัดเลย หนองบัวลำภู และจังหวัดเพชรบูรณ์บางส่วน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมารับบริการมากกว่าโรคอื่นเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเช่นกันคือในปี พ.ศ 2550, 2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเท่ากับ 52.77, 58.27 และ 56.82 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2552) และมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ ร้อยละ 76.02, 80.66 และ 78.66 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2552) ในการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายใน 90 วัน ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2551) มีจำนวน 32, 48 และ 67 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 11.51, 15.04

และ 18.02 ตามลำดับ จากตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตที่ได้กำหนดอัตราร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำไม่เกินร้อยละ 2 (กรมสุขภาพจิต, 2551) จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เพิ่มขึ้นในทุกปี

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วการดำเนินโรคจะเรื้อรัง มักไม่หายขาด จะมีการกำเริบอยู่เป็นช่วงๆ ผู้ป่วยบางรายสูญเสียการรับรู้ มีสมาธิที่แย่งลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550) ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ประเทศชาติโดยผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยต้องอดทนอย่างสูงต่อผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่รักษาครั้งแรกจะไม่ได้รับการฟื้นฟูทางอาชีพ ประกอบกับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยที่ต่ำลง ขาดความสามารถในการทำงาน ผลกระทบต่อครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนพบว่าผู้ดูแลถูกกีดกันจากเพื่อนบ้าน แสดงความรังเกียจและซ้ำเติมให้ผู้ดูแลรู้สึกสะเทือนใจ เมื่อทราบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต (เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) มีหลายครอบครัวที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากทีมสุขภาพ เนื่องจากรู้สึกอับอาย ที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม จึงพยายามแยกตัวออกจากสังคมแล้วไม่พาผู้ป่วยมารักษา (Ip & McKenzie, อ้างในทูลลา นุสผาสังข์ 2545) ผลกระทบต่อสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อสังคมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมากได้ เช่น การฆ่าผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผลกระทบต่อประเทศชาติ การขาดทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ การสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและมีการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2551) จากแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำเป็นเรื่องที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำมีอยู่หลายด้าน ได้แก่ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือดีในการรักษาด้วยยามีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ร่วมมือไม่ดีในการรักษา (สายรุ้ง จันทรเส็ง, 2548) ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตที่นานไม่เพียงพอมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ในขณะที่ผู้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 10-30 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ด้านการร่วมกิจกรรมและการใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนของตนไม่ควรอยู่เฉยๆ พยายามให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลพบว่าพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกลับมารักษาซ้ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านทั่วไปยังไม่ดีพอ (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) ด้านการใช้สารเสพติดจากการศึกษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยให้เหตุผลว่าลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล (Crawford as cited in Gafoor & Rassool, อ้างในปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) และการศึกษาของ มาเลท (Mallakh, 1998) เกี่ยวกับรูปแบบของการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า การติดสุรา หรือ สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและก่อให้เกิดอาการกำเริบ และรุนแรงทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้นกว่าเดิม และการศึกษาพิศสมร เศษดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่าสุขภาวะทางด้านสังคมของผู้ป่วย อยู่ในระดับดี คือสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชน การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น สุรา สารเสพติด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีการดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เมื่อผู้ป่วยสังเกตเห็นอาการเตือนต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด และซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ป่วยต้องมาพบบุคลากรทางสุขภาพโดยเร็ว เพื่อให้การดูแลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง การติดต่อสอบถามข้อมูล แหล่งบริการใกล้บ้านที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ และการไปรับการตรวจรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (Orem, 1991)

ด้านการดูแลของผู้ดูแล พบว่ามีการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การรักษาความสะอาดเล็บ รวมทั้งช่วงที่มีอาการหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Tungpunkom, 2000) การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา ผู้ดูแลควรมาติดต่อขอรับยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรปรับเปลี่ยนลดยาหรือหยุดยาเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา ผู้ดูแลควรปลอบใจและดูแลอย่างใกล้ชิด และรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา (Townsend, อ้างในภัทราจิตต์ ศักดา, 2546) การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ แล้วอยู่โรงพยาบาลนานๆ จะมีความพร่องในการเข้าสังคม ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การเผชิญปัญหา การปฏิบัติให้ถูกกาลเทศะ (Tungpunkom, 2000) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทควร

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในการทำงาน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพและทักษะด้านการงาน จะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่ทำ (เครือวัลย์ เชาวนจินดา และคณะ, อ้างใน ภัทรจิตร ศักดา, 2545) นอกจากนี้ผู้ดูแล จะต้องแนะนำหรือสอนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ปฏิบัติตนเหมาะสม และถูกกาลเทศะ รวมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติด ผู้ดูแลควรดูแลไม่ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด สารเสพติดทำให้เกิดอาการกำเริบได้ การประทับประคองทางด้านจิตใจ ผลของการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ผู้ดูแลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยอมรับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2551) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ สิ่งแวดล้อมทางครอบครัวมีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ปัจจัยสำคัญคือ ความไม่เข้าใจ และการไม่ยอมรับของญาติเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณครึ่งหนึ่งกลับมารักษาซ้ำ (สคส คัมภรพยอนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2546) การป้องกันอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รวมทั้งหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การสังเกตอาการเตือน เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก่อนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบ (Tungpunkom, 2000) และการศึกษาของเบบบิง และไควเปอร์ส (Bebbington & Kuipers, อ้างใน ทูลภา ปุบผาสังข์, 2545) มีการวิเคราะห์และจัดกลุ่มงานวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในทวีปยุโรป อเมริกา ประเทศอินเดีย และออสเตรเลีย จำนวน 25 ฉบับ ผลการวิจัยตรงกันว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในลักษณะของการวิพากษ์วิจารณ์ การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป และการแสดงความไม่เป็นมิตร ผู้ป่วยจะเข้ากลับมารักษาซ้ำมากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต่ำ การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ขอข้อมูลข่าวสารกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการรุนแรงที่ญาติไม่สามารถจัดการได้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2551) จากการศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าพฤติกรรมปรับตัวด้านพึงพาอาศัยกันและกันอยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สะดวกใจในการขอความช่วยเหลือ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกอายหรือกลัวผู้อื่นจะรู้ว่าถูกหรือสมาชิกในครอบครัวของตนเองมีอาการทางจิต (วิมาลา เจริญชัย, 2545)

ด้านการดูแลให้ความช่วยเหลือของชุมชน พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาปัจจุบันกรมสุขภาพจิต ได้ให้ความสำคัญการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล และส่งเสริม สุขภาพจิต การสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี โดยมีวัตถุประสงค์ ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และผู้ที่อยู่กับปัญหาทางสุขภาพจิตได้รับการดูแล รวมทั้งได้รับการ ยอมรับในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยชุมชนมีบทบาทในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต การให้ความรู้แก่คนในชุมชน การดูแลจิตใจของ ตนเองและคนในครอบครัวช่วยป้องกันการกลับมาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการสังเกต สำรวจผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนช่วยบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา การรับฟัง ให้คำแนะนำ ให้ ข้อคิด ดักเตือนเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาต่อเนื่อง เช่น พุดคุยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยให้รับยาตามแผนการ รักษาอย่างต่อเนื่อง แนะนำหรือส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาตามสถานพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อรวบรวมความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ในชุมชนและการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้ เป็นหลักซึ่งทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม จึงถูกสังคม มองว่าเป็นบุคคลที่เป็นอันตรายและ น่ากลัว เกิดทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท (ปนิดา และคณะ, 2551) การถูกรังเกียจจากคนรอบข้างในชุมชน ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ ทำให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทกลับป่วยซ้ำอีกได้ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2546) และการศึกษาของสมชาย พลอยเลื่อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต อคติจากสังคม และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต พบว่าเพียงปัจจัย เดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกัน การกลับมาซ้ำชุมชนมีบทบาทที่สำคัญการให้ความช่วยเหลือ การช่วยส่งเสริมให้ชุมชนมี ความรู้ การสังเกตอาการ การรับฟังผู้ป่วย ให้กำลังใจและการช่วยเหลือในผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม แผนการรักษาตลอดจนการรวบรวมความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน

ด้านบุคลากรทีมสุขภาพพบว่าการดูแลผู้ป่วยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยอาศัย ความร่วมมือระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ชุมชนการค้นหาคำความต้องการการกำหนดความต้องการเพื่อวางแผนสนองตอบความต้องการ การ ดำเนินตามแผน และติดตามประเมินผล โดยทีมสหวิชาชีพส่งข้อมูลการดูแลรักษาต่อเนื่องไปยัง ชุมชน ทีมจิตเวชชุมชนติดตามเยี่ยมบ้าน หรือประสานงานเครือข่ายให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตาม ปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2551) จากการศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีต่ออัตราการ กลับมารักษาซ้ำพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์

การแพทย์ชุมชน และสถานอนามัย ยังขาดความรู้ความชำนาญที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมในการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (จลิ เจริญสรรพ, 2551) การจัดทำแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2551) ได้กำหนดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้ 1) เมื่อแพทย์รับผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้รักษาในโรงพยาบาล 2) ทีมสหวิชาชีพประเมินปัญหา ความต้องการ ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความเครียดของผู้ดูแลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) ทีมสหวิชาชีพนำปัญหาและความต้องการ มาวินิจฉัย วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชน 4) ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการและความสำคัญของปัญหา ตามกิจกรรมดังนี้ การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้านจิตสังคม และการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ดูแลและชุมชน กิจกรรมหลักคือการลดความเครียดของผู้ดูแลและชุมชน 5) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยผู้ดูแล และชุมชน หากผู้ป่วยอาการทางจิตลดลง ส่งการบำบัดทางจิตสังคม พื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แล้วส่งต่อติดตามเยี่ยมบ้าน ทุกหนึ่งเดือนรวม 3 ครั้ง และทุก 3 เดือนในเวลา 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ดูแล ชุมชนได้ โดยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลต่อไป หากผู้ป่วยอาการทางจิตไม่สงบ มีการประเมินอีกครั้งและพบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปัจจุบันยังพบผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในอัตราที่สูงและยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนแน่นอน ผู้ป่วยบางรายมีอาการไม่คงที่ ในระหว่างการรักษาในระยะสั้นของโรงพยาบาล แล้วกลับไปอยู่ในชุมชนที่มีสภาพการที่ก่อให้เกิดการกำเริบได้อีกครั้ง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอในแผนกผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 50 ขาดการติดต่อในการให้บริการหลังจำหน่าย จากสถานการณ์ดังกล่าวจะต้องอาศัยความพยายามความร่วมมือกับบุคลากรทุกฝ่ายเป็นอย่างมาก (เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ, 2551)

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมีทั้งด้านตัวผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือและแก้ไขสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

จากนโยบายกรมสุขภาพจิตได้กำหนดตัวชี้วัดให้หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 2 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามาบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักที่ 1 คือเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตและให้โอกาสผู้ที่อยู่กับ

ปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2551) โดยมีเป้าประสงค์คือ ผู้ที่อยู่กับปัญหาทางสุขภาพจิต ได้รับการดูแล รวมทั้งได้รับการยอมรับในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคม จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวทำให้นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ได้ในสังคม มีส่วนร่วมในวิถีชีวิต การทำงานและกิจกรรมต่างๆ ตามศักยภาพ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตต้องปฏิบัติตามภารกิจคือจัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก และ ชับซ้อน จากสถิติในปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายในรอบ 90 วัน คิดเป็น ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 11.51, 15.04 และ 18.02 ตามลำดับ จากการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (case management) การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical pathway) ของทีมสหวิชาชีพ แพทย์จะเป็นผู้ให้การบำบัด เช่น การตรวจพิเศษต่างๆ การสั่งการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาแก่ญาติผู้ดูแล ให้การประเมินและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องนักจิตวิทยามีหน้าที่ในการประเมินทางจิตวิทยาและใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา การสังเกตหรือสัมภาษณ์ทางจิตวิทยา เพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ เกษตรกรมีหน้าที่ให้การปรึกษาเรื่องยาแก่แพทย์และพยาบาล พยาบาลมีหน้าที่ประเมินอาการตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลค้นหาข้อมูลจากญาติและชุมชน และโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ให้การบำบัดทางการแพทย์และเป็นผู้ประสานงานประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ประเมินความเสี่ยงต่างๆ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ในการเตรียมความพร้อมของชุมชนและครอบครัว ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การฝึกทักษะทางสังคม และร่วมประเมินอาการที่เป็นผลต่อการรักษา ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยา และเฝ้าระวังติดตามประเมินผลการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง มีการประสานงานเครือข่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการประเมินปัญหาทางสังคม สาเหตุการเจ็บป่วย และการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการบำบัดรักษา ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องสิทธิทางการรักษาพยาบาล (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์, 2551)

ถึงแม้ว่าจะมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นแบบสหวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทตามที่กล่าวมาข้างต้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน มีอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ ในการมารักษาแต่ละครั้ง โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากในขณะที่ค่าตอบแทนจาก

กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2551) จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำทำให้โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เป็นจำนวนมากจากการศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งสามารถเทียบได้กับโรงพยาบาลทุกแห่งที่สังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า ต้นทุนค่าเฉลี่ยการรักษาผู้ป่วยในเท่ากับ 161.80 บาทต่อวัน ถึง 431.60 บาทต่อวัน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551) และนอกจากนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ญาติหรือผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารักษาแต่ละครั้ง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดูแลที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายใน 90 วัน โดยจะศึกษาให้ครอบคลุมถึงสถานการณ์การดูแลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลตนเองด้านผู้ป่วย จะศึกษาครอบคลุมถึงการดูแลตนเอง การรับประทานยา การใช้เวลารว่าง การร่วมกิจกรรมชุมชน การแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านหลังจำหน่าย 2) สถานการณ์การดูแลด้านครอบครัว ศึกษาครอบคลุมไปถึงทักษะการดูแล การแสวงหาความรู้และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้ดูแลหลังจำหน่าย 3) สถานการณ์การดูแลด้านชุมชน จะศึกษาครอบคลุมในการให้คำแนะนำการเยี่ยมบ้านและการให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแก่หลังจำหน่าย 4) สถานการณ์การดูแลด้านบุคลากรทางสุขภาพ จะศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแลการสร้างแนวปฏิบัติ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนเครือข่าย โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลและผู้นำชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอาศัยอยู่ ที่รับการจำหน่ายแล้วอยู่บ้านไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่มีการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์อีกครั้ง ศึกษาจากทีมสหวิชาชีพเพื่อทราบถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและตอบสนองความต้องการในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลการให้ความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการดูแลการให้ความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ของบุคคลกรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลการให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

5. เพื่อศึกษาแนวทางการเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

คำถามการศึกษา

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เป็นอย่างไร

คำถามเฉพาะ

1. สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำเป็นอย่างไร

2. สถานการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำเป็นอย่างไร

3. สถานการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำเป็นอย่างไร

4. สถานการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับระบบการดูแล การส่งต่อเครือข่าย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเป็นอย่างไร

5. แนวทางการเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบองค์การอนามัยโลก (ICD -10) ในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลยระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2553

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำ หมายถึง การศึกษาเชิงลึกในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำที่เข้ามา รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ในด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการดูแล ตัวเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับเข้ามา รักษาอีกครั้ง ด้านผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแล และการให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลก่อนกลับเข้ามา รักษาในโรงพยาบาล ด้านผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือก่อนการกลับเข้ามา รักษาในโรงพยาบาล ด้านบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับ ระบบการดูแล การส่งต่อเครือข่ายของทีมสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมา รักษาซ้ำจากการแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มที่ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ วินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (WHO, 2006) ที่กลับมา รักษาซ้ำภายใน 90 วัน ใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2553

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำภายใน 90 วัน ในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2553

ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำในชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ภายใน 90 วันอาศัยอยู่ได้แก่นั่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ทีมบุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการบำบัดรักษาหรือดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษารักษาภายใน 90 วันในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2553 ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์