

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ผู้ศึกษาได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการนำมาเป็นแนวทางประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล
2. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย
4. การวิเคราะห์สถานการณ์

ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล

ความหมายโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคทางจิตเวชชนิดต่างๆ ในปี 1911 คำว่าโรคจิตเภท “Schizophrenia” เออเกน บลูเลอร์ (Eugen Bleuler) เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้และมีการใช้มาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านกระบวนการคิด การรับรู้ พฤติกรรม มักเกิดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ซึ่งมีอายุอยู่ในระหว่างอายุ 15-34 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ชายผิวดำเป็นมากกว่าชายผิวขาว (อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย, 2549)

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of International Classification Disease: ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะ ที่บุคคลมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่



ความสามารถทางเชาว์ปัญญาและสติสัมปชัญญะมักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดในช่วงที่มีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 2006)

การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revision : [DSM-IV-TR]) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย สิ้นน้ำเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉลยชา เก็บตัว เป็นต้น อาจมีอาการแสดงความแปรปรวนอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน และมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 2005)

สรุป โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ป่วยพร่องหน้าที่ทางด้านการงาน ด้านสังคม ถึงแม้ว่าจะสูญเสียการนึกคิด แต่ยังพบว่าความสามารถทางเชาว์ปัญญายังปกติอยู่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยในนั้นมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งทางโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ได้มีการวินิจฉัยแยกโรคตามการจำแนกโรค ขององค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Disease: ICD -10) (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2548; WHO, 2006)

การวินิจฉัยโรค

องค์การอนามัยโรค (The 10th Edition of the International Classification Disease: ICD-10) ได้วางเกณฑ์การจำแนกโรคไว้ตามอาการ โดยการวินิจฉัยนั้นผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้าหากพบว่าอาการไม่ชัดเจนต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่าอาการที่ระบุจากที่ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ ที่ระบุไว้ อาการที่ 5 ถึง 8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่ตลอดเวลา 1 เดือนขึ้นไป โดยอาการต่างๆ อยู่ในแต่ละข้อมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550 ; Kaplan & Sodock's, 2000; Sadock and Sadock, 2000)

1. ความผิดปกติของกระบวนการความคิด เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) ผู้ป่วยมีความเชื่อความคิดของตนเองนั้นไม่ใช่ของตนแต่เป็นความคิดของที่คนอื่นใส่เข้ามาในสมองของตน หรือความคิดกระจาย (thought broadcasting) ผู้ป่วยมีความคิดว่าความคิดของตนเองส่งไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2. หลงผิดคิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอิทธิพลภายนอก (delusion of control) มีแนวความคิดการกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ โดยอาจแสดงในเรื่องทางร่างกายการเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า

3. หูแว่วได้ยินเสียงคนวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตนเอง หรือได้ยินเสียงถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเอง หรือได้ยินเสียงต่างๆของร่างกาย (hallucination voice commenting)

4. ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มืออยู่ทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

5. มีความคิดผิดปกติ (thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็นหรือใช้คำพูดของผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

6. มีพฤติกรรมผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (catatonic) เช่น วางท่าแปลกๆ คงท่าตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหวไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมสิ่งใด

7. มีอาการทางลบ (negative symptoms) ได้แก่เฉื่อยเมย ไร้อารมณ์หรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม แยกตัวไม่สนใจตัวเอง ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากยาต้านโรคจิต

8. มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่นไม่สนใจ ส่งแวดล้อม มีความคิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision [DSM-IV-TR]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ประกอบด้วย

1. ลักษณะอาการอย่างน้อยสองอาการต่อไปนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าได้รับการรักษา) คือ การหลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่มีแบบแผน (disorganized speech) พฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน หรืออาการชนิดลบ เช่นอารมณ์ราบเรียบ การพูดน้อย การเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น

2. ระยะเวลาที่มีอาการนานกว่า 6 เดือน

3. ไม่เข้ากับโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective) และโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder)

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุชนิชย์, 2550)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ 1) อาการของโรคจิต (psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) ความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (disorganized dimension) ได้แก่ การพูดจา วกวน การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ ซึ่งจัดไว้ในกลุ่มอาการ ดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusions) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) การหลงผิดที่มีลักษณะแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusions) ซึ่งจะทำให้น้ำหนักในการวินิจฉัย

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations) ได้แก่ เสียงที่ได้ยินเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน เป็นการได้ยินเสียงคนอื่นพูดเรื่องราวของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) เสียงแว่วนี้จะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่น่าสนใจกำลังจะฟังอยู่ และจะดังรอบตัวมากขึ้นหากรอบตัวไม่มีเสียงที่ชัดเจน ประสาทหลอนรองลงมาคือการเห็นภาพหลอน ภาพหลอนอาจจะเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสัน มีรายละเอียดชัดเจน ส่วนประสาทหลอนทางกลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจจะพบได้แต่ไม่บ่อย

1.3 อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (disorganized thought and speech) ผู้ป่วยมักคิดในลักษณะที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็จะเปลี่ยนเรื่องทันที โดยเรื่องที่เปลี่ยนไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคจะสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่นึกว่าตนเองผิดปกติ (lack of insight)

1.4 อาการด้านพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) พฤติกรรมจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ซึ่งอาจจะเกิดจาก การหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความคิดแปลกๆ บางครั้งงูก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำ หลายๆวันติดกัน กลางคืนไม่ยอมนอน แต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งๆที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เคยไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมากจนต้องพามาพบแพทย์

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะแสดงอาการให้เห็น ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ระยะหลังมักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองพร่องไป มีความพร่องในการจำชั่วคราว (working memory)

สรุปโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมไม่เป็นระเบียบแบบแผน ผู้ป่วยจะมีการแสดงทางบวก และทางลบ

การดำเนินโรค

ระยะของการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการค่อยๆเป็นค่อยๆไป จะมีปัญหา ของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของคนๆ นั้น ความบกพร่องนี้อาจประกอบไปด้วย การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป มีปัญหา ด้านอารมณ์ การสื่อสาร ความนึกคิดและประสบการณ์ที่ผิดธรรมดา สุขนิสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายโลกของตนเองเปลี่ยนไป เป็นผลจากการแปลความที่ต่างไปจากคนอื่น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน สัมพันธภาพกับญาติหรือเพื่อน คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจนส่วนมากจะพบอาการด้านบวก

3. อาการหลงเหลือ (residual) อาการจะมีลักษณะคล้ายกับอาการระยะก่อนเริ่มอาการ แต่อาการประสาทหลอน หลงผิดยังคงหลงเหลืออยู่ และอาจมีอาการรุนแรงฉับพลันมาอีกในช่วงต่อมาได้ (acute exacerbation) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

สรุปการดำเนินโรค มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจเป็นแบบเฉียบพลัน บางรายอาการอาจจะน้อยไม่ชัดเจน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัดแล้วญาติจึงนำมารับการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแล้วบางรายอาจหายขาดหรืออาจยังคงเป็นๆหายๆ มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ และความพร่องในหน้าที่การงาน มีการเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองไร้ค่า ประเมินตนเองผิดไปจากความจริงรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นโรคที่น่ารังเกียจ เกิดอึดอัดกับทัศนคติที่ไม่ดีกับตนเอง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคอย่างแท้จริง แต่การศึกษาพบว่าหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

ในปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยการพบหลักฐานสนับสนุนทางด้านชีวภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปหากมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากก็ยิ่งมีโอกาสสูงมากขึ้น จากการศึกษาเพื่อหา ยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งของยีนที่ผิดปกติได้ชัดเจนแต่เชื่อว่ามี ความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกันจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นด้วย ร้อยละ 47 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 12 ในขณะที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้คนในครอบครัวมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป 10 เท่า และในบุตรที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทบุตรมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 40 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้และมีอาการก้าวร้าวจากสมมุติฐานที่เชื่อว่า สารโดปามีน (dopamine) ที่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภท มีการทำงานมากเกินไปในบริเวณมีโซลิมบิก (mesolimbic) และมีโซคอคติคอล แทรกต์ (mesocortical tract) ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ไม่นิ่ง มีอาการทางบวก (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) หากมีการทำงานน้อยกว่าปกติก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ให้ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง และพบความเกี่ยวพันกันกับการทำงานน้อยลงของ ซีโรโตนิน (serotonin) (Kaplan & Sadock, 2003)

1.3 ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาท จากการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าช่องสมองข้าง (later ventricles) มีขนาดกว้างขึ้น และมี (hippocampus) ในระบบลิมบิก (limbic system) มีขนาดลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ามีการไหลเวียนของโลหิตในสมอง และกลูโคสเมตาบอลิซึม (glucose metabolism) ลดน้อยลงในสมองส่วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดพฤติกรรมเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆวงจรที่เกี่ยวข้องกัน (Kaplan & Sadock, 2003)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวสังคม และวัฒนธรรม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการเกิดโรค พบว่าครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed - emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over involvement) นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่เศรษฐกิจที่ต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื้อรายนั้นทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมที่บีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

สรุปปัจจุบันเรายังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่พบหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ระบบสารชีวเคมีในสมอง ด้านกายวิภาคของสมอง ปัจจัยทางครอบครัวการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว สภาพสังคมที่บีบคั้น และเศรษฐกิจรายได้ที่ตกต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคจิตเภทได้



การดูแล

การดูแลทางด้านร่างกาย

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเน้นแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ในแต่ละวิธีมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในอย่างปกติสุขช่วยป้องกันผู้ป่วยกลับมาซ้ำซ้ำได้

1. การรักษาด้วยยา (pharmacological intervention) การรักษาด้วยยานั้นเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการให้สงบแล้วยังช่วยลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ คือ ควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว จากอาการที่วุ่นวาย หลังจากอาการสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบโดยเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น ฤทธิ์ของยาจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็ว หากการรักษาผู้ป่วยสักระยะประมาณ 2 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นอาจจะมีการพิจารณาปรับขนาดเพิ่มมากขึ้นหรือมีการเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ดี และอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเก่า ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีต่ออาการทางบวกหรืออาจจะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1.2 ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง ขนาดยาที่ได้รับควรสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน เพื่อควบคุมอาการต่อไป การลดยาลงเร็ว หรือ หยุดยาในช่วงนี้ก็อาจจะทำให้อาการผู้ป่วยกลับมากำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1.3 ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) เป็นช่วงที่อาการผู้ป่วยทุเลาลง แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อ เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบ หลังจากนั้นก็ค่อยๆ ปรับลดยาลง จนถึงระดับยาค่ำสุดที่ควบคุมได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจำเป็นต้องให้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

ปัจจุบันมีการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้นเนื่องจากมียากกลุ่มใหม่ที่มีฤทธิ์ในการรักษาอาการทางบวกได้ผลดี และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาน้อยกว่ายากกลุ่มเดิม เช่น ยา คลอซาปีน (clozapine) ริสเพอริโดล (risperidone) โดยเริ่มให้ในขนาดที่ต่ำ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรืออยู่ไม่นิ่งอาจจะต้องพิจารณาใน กลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) หรือ

ถ้ามีอาการทางอารมณ์ เช่นอารมณ์เศร้า ครั่นเครง สนุกสนาน อาจจะต้องพิจารณาว่า ควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) หรือยาต้านเศร้า (antidepressant) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้ เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นได้ผลดีไม่เท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษานั้นจะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่คือยาต้าน โรคจิตหรือผู้ป่วยที่ทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยายังคงจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแล้ว (กรมสุขภาพจิต, 2551)

การดูแลด้านจิตสังคมการรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่ใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ การบำบัดทางด้านจิตสังคมมักใช้กับการรักษาด้วยยา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคม แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแต่ปัญหาทางสังคมยังมีต่อไป การรักษาจิตสังคมนั้นยังเหมาะสมกับผู้ป่วย ที่มีอาการด้านลบ ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจทำให้การรักษาผู้ป่วยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การรักษาทางจิตสังคมโดยกล่าวสรุปมีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบ ประคับประคอง เน้นการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและ พฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ให้รู้จักการใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

2. กลุ่มบำบัด (group therapy) วิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การแก้ปัญหา การใช้เหตุผลตามสภาพความจริง การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

3. กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการ เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ในแง่ของการเรียนรู้ที่สมาชิกจะได้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กันในกลุ่ม จากการรับฟังปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่มและจากข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยได้รับการ ประคับประคองทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยถึงผู้ป่วย และจากผู้บำบัด เกิดบรรยากาศที่ไม่ เครียด ทำให้สมาชิกที่มีความรู้สึกที่คล้ายกัน เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ช่วยเหลือซึ่งกันและ

กัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในกลุ่ม (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

4. พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) วัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาพฤติกรรมถดถอยแลพฤติกรรมไม่สมวัย เช่นการฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การดำรงชีวิต วิธีการที่นิยมคือการวางเงื่อนไข ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมที่ต้องการ การให้รางวัลซึ่งเป็นการแสดงว่าผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง

5. การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาคณะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่อาการสงบควบคู่กับการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

6. ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้เป็นไปในลักษณะที่เหมาะสมถูกต้อง และสร้างสรรค์ ลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (high expressed emotion) ของสมาชิกในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสระบายความทุกข์ใจ แสดงความเห็นใจ ทำให้ได้ผ่อนคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (อุมาพร ตรีภคสมบัติ, 2544)

สรุปการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกจนการวางแผนการกลับไปอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและสถานบริการในระดับปฐมภูมิ การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำได้

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความหมายของการกลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับป่วยซ้ำจนถึงขั้นต้องเข้ากลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งในเชิงการป่วยด้วยโรคจิตเภท หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยโดยโรคจิตเภทอีก และแพทย์ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, อ้างในอรรณพ ทองคำ, 2546)

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง กระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อย มีลักษณะที่ชัดเจนไม่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล เช่น กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีประสาทหลอนหูแว่ว เป็นต้น (Kenedy & Connor, 2000)

นอกจากนี้ ซาดอก และซาดอก ยังกล่าวไว้ว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก เช่น ความผิดปกติของการนอน การไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน การแยกตัวออกจากสังคม จนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (Sadock & Sadock, 2000)

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (2548) ได้ให้ความหมาย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (WHO, 2006) ที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน

ดังนั้น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงหมายถึง บุคคลมีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์พฤติกรรม โดยกลับมารักษาอีกครั้งภายใน 90 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำยังไม่พบว่ามี การกล่าวไว้อย่างชัดเจนแต่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (2551) ดังต่อไปนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย มีการประเมินทางด้านร่างกายมีความจำเป็นในช่วงแรก เพราะมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต ลักษณะทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการแต่งกาย สภาพผิวหนัง การทรงตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานน้ำและอาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อน ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด ประวัติแพ้หรือยาสารเคมี น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการรับประทานยาก่อนการมารักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รังสีวินิจฉัย ตรวจคลื่นไฟฟ้าในสมอง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสัญญาณชีพ สัญญาณระบบประสาทโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เหล่านี้



เช่นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับใหม่ แบบประเมิน ADL (Activity of Daily Living) แบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย แบบประเมินระบบประสาท แบบประเมินระบบสัญญาณชีพ ประเมินความต้องการการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายที่จำเป็น การประเมินความรู้ ในการสังเกตอาการทั้งที่อยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้าน ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การให้ยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณฉุกเฉินอาจจะต้องให้ยาผู้ป่วยได้เลยหลังจากมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกแล้ว การให้ยารักษาอาการทางจิตมีความปลอดภัยในระยะสั้น ยกเว้นการใช้ยา คลอซาปีน (clozapine) ที่ต้องตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) ก่อนการให้ยาผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติมีความจำเป็นสำหรับการให้ยาผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การใช้ยาในกรณีฉุกเฉิน เช่น ยาที่ต้องใช้เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ การให้ยาแบบละลายเร็ว เช่น ริสเพอริโดล (risperidone) จะได้ผลเร็ว จะช่วยยับยั้งการตื่นกลัวของผู้ป่วยลง และลดความเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา อาจจะให้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันยากกลุ่มแรก (first generation) และยากกลุ่มใหม่ (second generation) เช่นยาชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้นโดยการฉีด ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับการได้รับยาอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เมื่อแพทย์ปรับการรักษาแล้วผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี เกิดอาการข้างเคียงน้อยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาและการติดตามอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงมาก จะต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนครั้งของการรักษาอาจจะมีความแตกต่างกันตามชนิดความรุนแรงของอาการ ส่วนใหญ่ต้องทำการรักษา 8-16 ครั้งหลังจากการรักษาแล้ว สิ่งที่จะต้องประเมิน สัญญาณชีพ เช่นการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดหลัง การบาดเจ็บตามร่างกาย ภาวะสับสน ประเมินอาการทางจิตเปรียบเทยระหว่างก่อนและหลังการให้การรักษา

2. การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ สามารถประเมินได้จากการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว เช่นการหงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า ความผิดปกติของความคิด กระแสความคิด เนื้อหาความคิด อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของความจำ ความผิดปกติของคำพูด ประเมินการรับรู้ต่อสิ่งเร้า สมาธิ ความสนใจ เชาว์ปัญญา การตัดสินใจ การหยั่งรู้ และการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือ เหล่านี้ เช่น แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) , PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) CGI (Clinical Global Impression) มีการประเมินอาการแสดงอย่างต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ เพื่อวินิจฉัย และวางแผนในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน การดูแลทางด้านจิตสังคมจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสมดุล ช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่เชิงสังคม และ

กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีการบำบัดแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยและญาติ การบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยนั้น การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะในการควบคุมอารมณ์ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ คือการเข้ากลุ่มการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและกลุ่มนันทนาการการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินเกี่ยวกับคุณค่า ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วยต่อตนเองและการเจ็บป่วย การสนับสนุนแหล่งที่พึ่งทางใจ ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะมีผลต่อการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับสู่สังคมได้ และทำให้อาการไม่กำเริบและกลับมารักษาซ้ำ เช่นขนบธรรมเนียมประเพณี ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย สิ่งที่ทำให้เป็นกำลังใจ ทีมสหวิชาชีพควรให้การยอมรับ เคารพในสิทธิและความเชื่อ ไม่ตำหนิหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความเชื่อของผู้ป่วย แต่ต้องใช้ในการบำบัดทางแพทย์ควบคู่กันไป ร่วมกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย

สรุปการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายจึงมีความสำคัญ เช่นการประเมินทางด้านร่างกาย การให้การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลทางด้านจิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ หากมีการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมจะทำให้ป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทการกลับมารักษาซ้ำได้

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งตามทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยภัทราภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้สรุปทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นทักษะที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน แบ่งออกเป็นทักษะการดูแลทั้ง 3 ด้านดังต่อไปนี้

ทักษะการดูแลในการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ ร่วมกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท ประกอบไปด้วยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจา ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม หรือพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเตือนคือ การเตือนเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือคำพูดและน้ำเสียงพร้อมทั้งจิตใจที่ดีเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และความรัก ไม่ใช่อารมณ์

2. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการชี้แจงเหตุผลประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

3. ทักษะการทํากิจกรรมแทน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทํากิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟันในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและพ่วงในการดูแลตนเอง

4. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทํากิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด

5. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล หรือการลงโทษแบบเงื่อนไข

6. ทักษะการไกล่เกลี่ย หมายถึง การเจรจาให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่น ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท

7. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อมตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการ หรือ แก้ไขปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วยได้

8. ทักษะการจัดการถูกประทับตรา / รังเกียจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทักษะใช้ในกรณีที่มีผู้แสดงท่าทางรังเกียจ

ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดการกับอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ทำร้ายตนเองโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมิน และการสังเกตถึงปัญหา หรือความต้องการในการดูแล โดยที่การประเมิน หรือการสังเกตนั้นอาจจะในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้การสังเกตการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย เพื่อจะได้นำผู้ป่วยมารักษาอย่างเหมาะสม

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือได้เหมาะสมตามสถานการณ์

3. ทักษะบอกสิ่งที่จริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการลอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ดูแลชั่วคราวเพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยงทั้งทางอารมณ์ เช่น เจ็บ การหลีกเลี่ยงทางกายเช่น เดินหนี

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทักษะนี้นำมาใช้เมื่อจำเป็นหากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ได้สำเร็จ

ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ประกอบไปด้วยการจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยาโดยทักษะที่ใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึงการดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนที่ผู้ดูแลตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย

2. ทักษะการประเมิน และสังเกต หมายถึง การประเมิน และสังเกตถึงปัญหาความต้องการในการดูแล จากการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เพื่อจะช่วยเหลือปรับแก้ประคับประคองผู้ป่วยตามอาการ หรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล

สรุปการใช้ทักษะต่างๆตามที่ได้กล่าวมาจะใช้ดลั่นกันไปในแต่ละด้านของกิจกรรมการดูแลหากการใช้กิจกรรมการดูแลอย่างครอบคลุมจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้รอบด้านเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมครอบคลุม จะช่วยป้องกันการผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำได้

การดูแลในชุมชน เป็นการช่วยเหลือในกรณีที่ชุมชน ได้รับผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับภาวะวิกฤติ แนวทางที่จำเป็น เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ชุมชน การดูแล และการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ การจัดการกับอาการเบื้องต้น การอบรมแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลเครือข่าย เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การลงเยี่ยมบ้าน การลงเยี่ยมชุมชนและเครือข่าย การส่งต่อเครือข่าย ในพื้นที่ของผู้ป่วย การสนับสนุนชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล สร้างความร่วมมือในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน การประสานงานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในรายที่จำเป็น เช่น ด้านเศรษฐกิจ การจ้างงาน การเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือ การหาที่อยู่ใหม่ให้ผู้ป่วยในกรณีที่ญาติไม่สามารถดูแล

สรุป การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ มีการดูแลด้านชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤติ การให้ความรู้การดูแล การสังเกตอาการเบื้องต้น การจัดอบรมแกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดความร่วมมือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดจนหา

แหล่งสนับสนุนต่างๆในกรณีผู้ป่วยมีปัญหา สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สามารถป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำได้ในชุมชน

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละวิชาชีพมีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551)

1. พยาบาล มีบทบาทบำบัดทางการพยาบาล ทำหน้าที่ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความเสี่ยงต่างๆ และข้อจำกัดของญาติและผู้ดูแล เพื่อนำมาหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเน้นให้อาการผู้ป่วยสงบและปลอดภัย มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด การบำบัดทางจิตแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การลดความตึงเครียดหรือความตึงเครียด ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความผ่อนคลาย รวมทั้งการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจะมีการติดตามเยี่ยมเพื่อป้องกันความเสี่ยง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และการให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในเครือข่าย

2. แพทย์ มีบทบาทในการวินิจฉัยโรคเน้นการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ให้การรักษา ประเมินการใช้ยา ติดตามและควบคุมอาการทางจิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องกับผู้ป่วย

3. นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการประเมินปัญหาทางสังคมสาเหตุการเจ็บป่วยหรือการป่วยซ้ำ เพื่อเป็นข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา และการวางแผนในการจำหน่าย ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับตามกฎหมาย ร่วมกันวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีการจ้างงานในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งองค์กรเครือข่าย ชมรมญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำต่อไป

4. เกษัชกร มีบทบาททำหน้าที่ในการติดตามผลการให้ยา ให้การปรึกษา กับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีการวางแผนในการจำหน่าย ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา

5. นักจิตวิทยา มีบทบาทในการประเมินในการประเมินทางจิตวิทยา การใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา การสัมภาษณ์เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วย ให้การบำบัดทางจิตรายบุคคล มีการประเมินสภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นหลัก การทำกลุ่มจิตวิเคราะห์ กลุ่มภาพสะท้อน เป็นต้น

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาช้า มีการร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลให้ครอบคลุม ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามความต้องการ การดูแลและช่วยเหลือก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้น

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาช้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 120 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ใน การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยังยากซับซ้อนให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม โรคมีทั้งชายและหญิงตั้งแต่อายุ 13 ปีขึ้นไป โดยให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเพชรบูรณ์บางส่วนการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์มีทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ได้มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนองตอบนโยบายกรมสุขภาพจิต ตามยุทธศาสตร์ หลักที่ 1 คือเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในส่วนของกระบวนการดูแลโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ได้ให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ฉบับเฉลิม พระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

การให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์นั้นในระยะแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษา มีการรักษาให้ยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น หลังจากอาการทางจิตทุเลาลงแล้ว ทางโรงพยาบาลจะใช้เกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางการจำแนกประเภทของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2551) หากพบว่าผู้ป่วยอยู่ในประเภทเรื้อรังบำบัด หรือบำบัดระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้วันเวลา บุคคล สถานที่ สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกได้ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามสภาพปัญหา และความเหมาะสมของผู้ป่วย มีการประสานงานความร่วมมือกับครอบครัวเพื่อทำครอบครัวบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัดจากนักจิตวิทยา กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจากพยาบาลจิตเวช กลุ่มแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มความรู้เรื่องยาจากเภสัชกร และมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับ

พยาบาลจิตเวช มีการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจากพยาบาลประจำตึก ซึ่งก่อนที่ผู้ป่วยจะสามารถร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินจากแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย (Mental Status Exam: MSE) และประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม (Global Ability Function: GAF) ร่วมกับการประเมินก่อนเข้ากลุ่มในแต่ละกลุ่มวิชาชีพตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วแพทย์จะมีคำสั่งในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และมีการวางแผนในการจำหน่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาที่ยังยากซับซ้อน มีปัญหาในการจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ญาติปฏิเสธการรับผู้ป่วย หรือมีปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ จะมีการร่วมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) เพื่อทบทวนหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีการประสานงานร่วมกับชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับชุมชน มีการใช้ระบบการจัดการแบบรายกรณี ประสานไปที่หน่วยงานในชุมชนของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษา ภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นในเวลาใดๆ หรือการสืบสวนสถานการณ์เล็กๆที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษาเพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานการณ์ที่ใดสถานที่หนึ่ง (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การจำแนกแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่ามาจากอะไร ประกอบขึ้นมาได้อย่างไร มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริง อันนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินเพื่อตัดสินใจในเรื่องนั้น (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546)

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกในโรงพยาบาล/คลินิก หน่วยงาน/ชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์แต่ละสาขาวิชา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นฐานความรู้ สำหรับการตัดสินใจในการดำเนินงานในโรงพยาบาล/คลินิก/หน่วยงาน/ชุมชน ขนาดของปัญหาคืออยู่ในวิสัยที่สามารถทำได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเพื่อนำมาเสนอผลการวิเคราะห์ และผังสถานการณ์ของการเกิดปัญหา ความต้องการของหน่วยงานเพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ 2551)

สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึง การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ หรือศาสตร์แต่ละสาขาวิชา การหาความสัมพันธ์กันเชิงเหตุผล มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้พื้นฐาน เพื่อใช้สำหรับการตัดสินใจในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ ข้อเสนอ ตามความคาดหวัง

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี มีแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์หลายรูปแบบพอสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของ กราวเด็ท (Grounded theory) เป็นการวิจัยพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยการใช้แนวคิดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน เกิดจากความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนจะตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่ปฏิสัมพันธ์กันตามความหมายของสิ่งนั้นๆ เป็นพลวัตรที่ปรับเปลี่ยนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่าย และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่แตกต่างกันจะมีความต่างกัน ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์ปัญหา (situation map's) บริบททางสังคม (social map's) และตำแหน่งของปัญหา (position map's) โดยมีหลักการที่สำคัญตามแนวคิดนี้คือ เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุการณ์ (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551) และการวิเคราะห์สถานการณ์เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบทฤษฎีกราวเด็ท (Grounded theory) การนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ และการเรียนการสอนระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีการปฏิสัมพันธ์ กับทีมสุขภาพและผู้รับบริการส่งผลให้กระบวนการศึกษา ต้องมีการศึกษาถึงความหมายของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ สทนนา ทำแบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรม ของผู้รับบริการทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ (อารีวรรณ อ่วมตานี, 2549)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กร หรือสถานการณ์เฉพาะหนึ่งๆ มีการให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ทางองค์กรดังนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์แบบ SWOT analysis เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์แบบภาพรวมขององค์กร โดยการใช้วิเคราะห์แบบปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อค้นหาจุดเด่นและจุดแข็ง (strength) และจุดด้อยและจุดอ่อน (weaknesses) ในการดำเนินงานต่างๆ ขององค์กรและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร เพื่อค้นหาโอกาส (opportunities) และอุปสรรค (threats) ที่มีผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร เพื่อกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ ที่เหมาะสมต่อไป กลยุทธ์เป็น

สิ่งสำคัญสำหรับองค์กรเพื่อให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ของตนเอง โดยกลยุทธ์จะถูกกำหนดตามธรรมชาติขององค์กรนั้นๆ ทั้งนี้การที่จะได้มาซึ่งกลยุทธ์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบ สถานภาพหรือสถานะขององค์กรของตนเอง ดังนั้นการใช้กระบวนการ แบบ SWOT จึงเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (ชูเพ็ญ วิบูลสันติ, 2550)

2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) หมายถึงการอธิบายขอบเขตของปัญหาในช่วงเวลา และสถานที่เกิดเหตุการณ์ โดยมีที่มาของสาเหตุตามความเห็น หรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ในลักษณะของผลกระทบทางคลินิก (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)

2.3 การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ได้ให้ความหมายของ การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ว่าเป็นการศึกษาถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพ การให้ความสนใจโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการสำรวจเพื่อแสวงหาคำตอบ เกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก ซึ่งมีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักที่สัมพันธ์กัน เชื่อว่าสามารถก่อให้เกิดคุณภาพสูงสุด เมื่อมีการวิเคราะห์ร่วมกันทั้ง 3 องค์ประกอบ

การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ขององค์ประกอบ 3 อย่าง ประกอบด้วย

โครงสร้าง (structure) หมายถึง ลักษณะที่เป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนการดำเนินปัจจัยและสามารถสนับสนุนการดำเนินปัจจัยไปได้ด้วยดี ได้แก่ทรัพยากรบุคคล (human resource) ได้แก่จำนวนบุคลากรสุขภาพ และลักษณะความสามารถของบุคลากรหรือ ลักษณะองค์กร การจัดแบ่งหน้าที่การมอบหมายงานตามคุณสมบัติ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ (material resource)

กระบวนการ (process) หมายถึง การปฏิบัติ เทคนิครูปแบบกิจกรรม ที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพรวมถึงการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู การป้องกัน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้ความรู้ถึงบุคลากรและการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ

ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพการ เปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

การศึกษาในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเพื่อค้นหาหรือทำให้กระจ่างในประเด็นสถานการณ์ภาวะเงื่อนไขที่เกิดผลกระทบต่อบุคคลหรือระบบ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานการณ์นั้น



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ได้มีการจัดว่าเป็นวิธีการหลากหลายที่สามารถเข้าถึงได้ (multi-methods approach) โดยสามารถนำเครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายวิธี ได้แก่

1. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 การรวบรวมจากหลักฐานข้อมูลที่มีอยู่ เช่น รายงาน ผลงาน สัมภาษณ์ประชากร หรือสถิติต่างๆ ในการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ต้องการ มีความทันสมัย มีความเกี่ยวข้องในการนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์, 2548)

1.2 แบบสอบถาม (questionnaire) ใช้การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมากมี 2 รูปแบบ คือแบบสอบถามปลายปิด (close form) และแบบสอบถามปลายเปิด (open form)

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538) ได้กล่าวไว้ว่าแบบสอบถามเป็นเครื่องมือใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมาก มี 2 รูปแบบ คือ แบบสอบถามปลายปิด (closed form) เป็นคำถามที่มีคำตอบชัดเจน ให้ผู้ตอบเลือกที่จะตอบโดยใช้เครื่องหมายใดเครื่องหมายหนึ่งในการตอบ การออกแบบสอบถามแบบปลายปิดจะสร้างยาก ผู้ตอบจะตอบได้สะดวก รวดเร็ว แต่ได้ข้อมูลที่ไม่เจาะลึกถึงรายละเอียด และแบบสอบถามปลายเปิด (opened form) เป็นคำถามสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างอิสระตามความพอใจ ไม่ควรตั้งคำถามที่มีลักษณะกว้างเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ตอบสับสนและใช้เวลาในการตอบมาก อาจจะไม่ตอบ หรือตอบเพียงเล็กน้อย

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (ม.ป.ป.) กล่าวว่าแบบสอบถาม คือ ชุดของข้อคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ผู้ตอบซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เช่น เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ความสนใจในข้อเท็จจริงบางอย่าง แบบสอบถามนิยมใช้มากในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพราะประหยัดไม่ยุ่งยากซับซ้อนการสร้างแบบสอบถามต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการสร้าง ซึ่งผู้สร้างต้องมีความรู้ประสบการณ์ที่มากและต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นการรับรองว่ามีคุณภาพมาตรฐานของแบบสอบถาม และสามารถนำไปใช้ในกลุ่มที่ต้องการเก็บข้อมูลได้

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีดังนี้

การสัมภาษณ์ (interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีลักษณะเป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (two-way communication) เกิดการสนทนาระหว่างผู้ที่มีข้อมูลกับผู้ต้องการข้อมูล เป็นการถามตอบโดยตรงหากมีข้อสงสัย หรือเข้าใจไม่ชัดเจนก็จัดทำความเข้าใจให้ชัดเจน

ทันที หรือควรมีการปรับเปลี่ยนเทคนิควิธีการอย่างไรจึงจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดที่สุด การสัมภาษณ์แบ่งออกได้ เป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการหรือการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (informal interview) และการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการหรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured or formal interview) โดยสัมภาษณ์ทีละคน มีการซักถามข้อมูลจนครอบคลุมแล้วจึงเปลี่ยนไปสัมภาษณ์คนอื่นต่อไป การสัมภาษณ์แบบนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์และ ผู้สัมภาษณ์จะมีความเป็นอิสระส่วนตัวมาก (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550) การสัมภาษณ์แบ่งออกตามจำนวนผู้ให้ การสัมภาษณ์ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมในการสนทนากันเอง ในประเด็นที่นักวิจัยเสนอเข้าไปในกลุ่ม การสนทนาจึงเน้นให้มีลักษณะการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างกว้างขวาง และมีความเป็นอิสระทางความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะสนทนา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย โดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น เพื่อความกระจ่างของข้อมูลเพื่อจดบันทึก หรือมีการอัดเสียงไว้ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป การสัมภาษณ์กลุ่มนั้นทำให้ได้ข้อมูลในระยะเวลาอันรวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อยนำเสนอผลการสัมภาษณ์ได้ง่ายผู้ทำการสัมภาษณ์สามารถควบคุมบรรยากาศได้ ส่วนข้อเสียนี้ผู้สัมภาษณ์ต้องมีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ถูกต้องและมีศิลปะในการดำเนินกลุ่ม จึงจะทำให้กลุ่มราบรื่น ข้อมูลได้อาจจะไม่ใช่ว่าสิ่งที่ทำจริงหรือนำมาใช้เป็นตัวแทนของสังคมได้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548) ทั้งนี้การสัมภาษณ์รายกลุ่มไม่ควร มีจำนวนผู้ที่ถูกสัมภาษณ์มากเกินไป ไม่ควรเกิน 12 คน และการสัมภาษณ์ควรใช้เวลาอยู่ในช่วง 60-90 นาที (हररररर ररररररररर, 2552)

2.2 การสัมภาษณ์รายเดี่ยว (individual interview) การสัมภาษณ์รายเดี่ยวเป็นการพูดคุยระหว่างผู้สัมภาษณ์และ ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นการถามเพื่อเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับเจตคติ พฤติกรรม ความเชื่อ ความต้องการ ค่านิยม บุคลิกภาพในลักษณะต่างๆมีข้อดี คือ ผู้ให้สัมภาษณ์พูดได้อย่างละเอียดในหัวข้อที่ต้องการสื่อสารโดยตรง บิดหยุ่นและคัดแปลงคำถามได้ และผู้สัมภาษณ์สามารถสังเกตได้ว่าผู้ถูกสัมภาษณ์จริงใจในการให้ข้อมูลหรือไม่ ข้อจำกัดของการสัมภาษณ์รายบุคคลสัมพันธภาพหรือความไว้วางใจ อาจจะส่งผลต่อข้อมูลต้องระวังเรื่องอารมณ์ความคิดเห็น ตลอดจนความร่วมมือ ความเต็มใจของผู้สัมภาษณ์ (กรแก้ว จันทรภษา, 2550) ประโยชน์การสัมภาษณ์รายเดี่ยวเป็นการสัมภาษณ์หลังจากมีการสัมภาษณ์กลุ่มแล้วได้ข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน การสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้ และมีประสบการณ์ ในประเด็นที่สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จะมีรายละเอียดข้อเท็จจริง โดยที่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวทางในการสัมภาษณ์ที่อยู่ในขอบข่ายหรือ

ประเด็นที่ศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นการสัมภาษณ์ที่มีความนิยม เพราะมีความเป็นอิสระ และมีความเป็นส่วนตัวสูง (ธีรพงษ์ แก้วนางวงษ์, 2546)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ได้หลายวิธีโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล คือ

1. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายเดี่ยวหรือสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อนำมาจัดหมวดหมู่ ขึ้นอยู่กับการสร้างแนวคำถามแบบสัมภาษณ์ว่าแบบไม่มีโครงสร้างหรือมีโครงสร้างและแบบกึ่งโครงสร้าง มีกรอบแนวคิดเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม สามารถใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ หรือหาค่าสถิติเชิงพรรณนาได้เพื่อขนาดและระดับของสิ่งที่วิเคราะห์ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และมีการใช้การสัมภาษณ์รายเดี่ยวและการสัมภาษณ์กลุ่ม ที่ผู้ศึกษาสร้างเพื่อรวบรวมข้อมูลใน 4 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำ ภายใน 90 วัน กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มบุคคลกรทีมสุขภาพ ในด้านสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และแนวทางความเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำภายใน 90 วันจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์จะพบว่ามีสถิติการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุกปีในขณะเดียวกันมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำที่เกินกำหนดของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษซ้ำของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ยังไม่ครอบคลุมหรืออาจมีปัจจัยอย่าง

อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแล ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นความสำคัญถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำพบว่าเกี่ยวข้องับสถานการณ์การดูแลทั้ง 4 ด้าน นำไปสู่การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในแต่ละด้าน ประกอบไปด้วย 1) สถานการณ์การดูแลด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำโดยศึกษาครอบคลุมถึงการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การใช้เวลาว่าง การคบเพื่อน การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านหลังจำหน่าย 2) สถานการณ์การดูแลให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล ศึกษาครอบคลุมถึงการดูแลการให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยปลอดสารเสพติด การจัดหางานให้ผู้ป่วยทำ การแสวงหาความรู้ในการดูแลและการขอความช่วยเหลือการดูแลจากชุมชน 3) สถานการณ์การดูแลทางด้านชุมชนเกี่ยวกับการมอบหมายให้การดูแลแก่อาสาสมัครสาธารณสุข การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน และการประทับประคองทางด้านจิตใจผู้ป่วย หลังจำหน่าย 4) สถานการณ์การดูแลทางด้านบุคลากรทางสุขภาพ ศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแล การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนเครือข่ายเพื่อที่จะเข้าถึงบริบทและสถานการณ์ที่ดำเนินอยู่ นำไปสู่แนวทาง และการวางแผนการดูแล ป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในแต่ละด้านดังกล่าวจะทำให้เห็นปัญหาที่ชัดเจนได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป