

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงที่สุด และพบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด โดยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคประมาณ 1.4-1.6: 1000 คนต่อปี (Jablensky อ้างในนันทิกา ทิวชาชาติ, 2548) และอัตราความชุกน้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1998) เมื่อพิจารณาในประเทศไทยพบว่า สถิติจำนวนและอัตราของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นจาก 267,693 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 520,013 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 หรือเรียกได้ว่าเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 100 ภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2547) จากข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในปีงบประมาณ 2546 ถึง 2548 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ พบว่า มีจำนวน 386 (ร้อยละ 64.55), 611 (ร้อยละ 66.49) และ 626 (ร้อยละ 66.56) ตามลำดับจากข้อมูลข้างต้นที่แสดงให้เห็นถึงจำนวนและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

การดำเนินของโรคจิตเภทมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดอาจไม่สังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลงในความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งการแสดงอาการของโรคจะพบได้เมื่ออายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) และโดยทั่วไปการดำเนินของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยการแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการทำงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการมักเป็นอยู่ประมาณ 1 ปี ระยะกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจนขึ้น เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือสิ่งของ ทำให้ญาติเดือดร้อน และตัดสินใจนำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะอาการหลง (residual phase) คือระยะที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการทางจิตลดความรุนแรงลง แต่ยังมีอาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการ คือมีความ

เสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) ยิ่งมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลืออยู่มาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ลักษณะดังกล่าวทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรัง และส่งผลให้มีอาการกำเริบได้ง่าย จึงเป็นปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และถ้าผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็มีโอกาสมิจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่า การกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายใน 2-6 เดือน มีถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด (Fowler, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว ด้านสังคม วัฒนธรรมและชุมชน รวมทั้งด้านที่มสุขภาพ โดยปัจจัยด้านผู้ป่วยพบมากที่สุด คือ การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยาณิษ, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995) ซึ่งอาจเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา หรือมีปัญหาทางการเงินและการเดินทางมารักษา (Schultz & Videbeck, 1994) มีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชนไม่เหมาะสม เช่น มีการใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นต้น รวมทั้งขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง และขาดแรงจูงใจในการรักษา (Kaplan & Sadock, 2000) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว คือ ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิวรรณ, 2543) และไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาโรคจิตเวช เช่น ให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นผู้ดูแลมีความยุ่งยากมากกับการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ความรู้สึกลดลงกล่าวทำให้ครอบครัวเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดูแล รวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวไม่ดูแลเรื่องยาเมื่อผู้ป่วยขาดยา ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2541) สำหรับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและชุมชน ที่พบได้คือผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากอาการหวาดระแวง หลงผิด หรือพิกพาอาวุธไว้กับตัวหรือทุบทำลายข้าวของ (วิลาวรรณเทพโสธร, 2538) และมีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม เช่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม และมีการใช้สารเสพติดเป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านที่มสุขภาพมีส่วนทำให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ ที่มสุขภาพไม่ให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งที่มสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญที่ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา (สุรพิร เกิดจั่น, ลูกจันทร์ วิทยาถาวรวงศ์, สุธา โลชาติกุล, 2542) รวมทั้งการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ

ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง (Coleman & Berenson, 2004) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Buchanan & Carpenter, 2005) เพราะถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านอาจส่งผลต่อการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น รวมไปถึงภาวะที่เกิดขึ้นกับญาติที่จะต้องดูแลต่อไปหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Beebe, 2002) ประกอบกับนโยบายการลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการจำกัดงบประมาณในการรักษาของหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปสู่ชุมชนทั้งที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำดังกล่าว พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ต่อเนื่องของการรักษา ซึ่งเนื่องมาจากพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลของญาติ ขาดในเรื่องของความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภท และการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอีกครั้ง และนำไปสู่การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้มองเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมและความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติยังไม่เพียงพอ เพราะถ้าผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ที่บ้านได้และทำให้เกิดการกลับมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นอีกได้ (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000) ดังนั้นการที่ทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติดังกล่าวย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการแนะนำและการสนับสนุนความรู้ที่เหมาะสม (Naylor, Bowles, & Brooten, 2000) อันจะส่งผลต่อการลดอาการทางจิต ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต และมีความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งช่วยให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม เพราะโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) คือ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกัน ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีทั้งหมด 5 ขั้นตอนคือการประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการ

ประเมินผล (McKeehan, 1981) นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การศึกษาหาข้อมูลจากผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อสภาพการดำเนินชีวิตที่บ้าน (กองพยาบาล, 2539) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย ลดภาระการดูแลและส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและสามารถกลับไปสู่ภาวะแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล จำนวนวันนอน หรือไม่ให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป (Smeltzer & Flores, 1986) ยังส่งผลให้ป้องกันการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย (Drew, Biordi & Gillies อ้างใน เกียมจิตต์ ชีวดีไทย, 2542)

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชของ ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยทางจิตเวชและญาติจำนวน 13 คู่ที่ได้รับการรักษา เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกิดเป็นบางราย แต่ครอบครัวมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตและแสดงความพร้อมที่จะปรับตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้มากขึ้น ความรู้ของครอบครัวหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม แต่เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย แต่ไม่ได้กล่าวถึงการประสานการส่งต่อผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สามารถคาดเดาได้ถึงผลลัพธ์อันสูงสุดของการวางแผนจำหน่ายนั่นคือ การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2542) ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำ ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และนำไปใช้กับผู้ป่วย 2 ราย และญาติ 2 ราย พบว่าการเตรียมแผนจำหน่ายมีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ต่อที่บ้านได้ ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจได้ ระบายความรู้สึก และได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น ส่วนญาติรู้สึกดีใจและอบอุ่นใจที่เจ้าหน้าที่ช่วยดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการพัฒนารูปแบบภายใต้บริบทเฉพาะของหน่วยงานที่ศึกษาเท่านั้น จึงยังไม่สามารถอ้างอิงไปถึงหน่วยงานอื่นได้ โดยเฉพาะลักษณะรูปแบบของการดูแลรักษาของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาแผนจำหน่ายที่ดี ย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือปัญหาทางคลินิกในแต่ละหน่วยงาน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) และเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่แท้จริง และได้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเกิดขึ้นจากความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน

โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแผนจำหน่าย โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981) อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภายใต้นโยบายการรักษาพยาบาลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้โดยเร็วขึ้น และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทั้งหมดคือผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนค่อนข้างมากที่ทีมบุคลากรจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาซับซ้อนเช่นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และญาติไม่มาตามนัดที่พบได้ถึงร้อยละ 70 ซึ่งจากการปฏิบัติต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะดำเนินการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่สำคัญ คือการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้แผนปฏิบัติงานประจำปี 2550 โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ ได้กำหนดตัวชี้วัดและเป้าประสงค์ในเรื่องการเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ป่วยไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่เกินร้อยละ 3 แต่อย่างไรก็ตามอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จาก ผลการการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2548 มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาซ้ำถึง 8.75 และเพิ่มเป็น 9.62 ในปีงบประมาณ 2549 (งานเวชระเบียน, 2549) มากกว่าเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด ถึงแม้ว่าระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคม 2550 ถึง เดือนมิถุนายน 2550 มีจำนวนวันนอนเท่ากับ 19.66 วัน (งานเวชระเบียน, 2550) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่น่าพึงพอใจก็ตาม แต่จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะรูปแบบของการดูแลในปัจจุบันของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ว่ายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะรูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังไม่มีรูปแบบในการปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีข้อกำหนดที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวบางรายไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นและมีแนวโน้มกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ดังนั้นการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 ขั้นตอนตามแนวคิดของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน และเพิ่มคุณภาพการบริการของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

คำถามการศึกษา

1. การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์เป็นอย่างไร
2. แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์มีลักษณะเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ และศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ ซึ่งแผนจำหน่ายพัฒนาโดยทีมพยาบาลระดับผู้บริหารในหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการทั้งหมด 6 คน พัฒนามาตามแนวคิดกระบวนการ 5 ขั้นตอนของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) จากนั้นนำไปให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 21 คน ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์จำนวน 5 ราย กระบวนการศึกษาทั้งหมดอยู่ระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2550

นิยามศัพท์

การพัฒนาแผนจำหน่าย หมายถึง การสร้างและทดลองใช้เอกสารที่แสดงกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดการวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอนของ แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วยแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลหลังจำหน่าย ปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่ได้จากการประเมิน การกำหนดกิจกรรมเพื่อการวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยทุกขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลในการพัฒนาแผน เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนจำหน่ายที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV)) (ปราชญ์ สุนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2539)