

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราช
นรินทร์ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังมีหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและลักษณะอาการของโรคจิตเภท
- 1.2 ปัจจัยการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท
- 1.3 การดำเนินโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.6 สาเหตุการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. การพัฒนาแผนจำหน่าย

- 2.1 ความหมายของแผนจำหน่าย
- 2.2 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย
- 2.3 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย
- 2.4 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
- 2.5 การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.6 การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แผนจำหน่าย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความหมายและลักษณะอาการของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่ความสามารถความรู้สึกตัวและสติปัญญาปกติ อาการจะปรากฏชัดอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (WHO อ้างในอรรรณพ ทองคำ, 2546) ผู้ป่วยมีการ

เสื่อมหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือนและไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะเจ็บป่วยทางกาย ส่วนมากเริ่มมีอาการหรือพบมากในกลุ่มของวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น เพศชายและหญิงพบได้เท่าๆ กัน อุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี ในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบได้ในช่วงอายุ 15-35 ปี และประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 15-55 ปี (Kaplan & Sadock, 1998) อาการของโรคของผู้ป่วยจิตเภทจะกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะอาการของโรคจิตเภทแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยจะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) และแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (inappropriate or bizarre behavior) เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงมาก่อน

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงลดลง การแสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใดๆ ไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความคิดเชิงนามธรรมเสียไป มักพบในระยะเริ่มแรก อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ญาติหรือผู้ใกล้ชิดยังสังเกตไม่ได้

โดยสรุปแล้วโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม พบในเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ผู้ป่วยมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบโดยอาการจะกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การทำงาน รวมทั้งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ปัจจัยการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท ที่ได้รับการยอมรับกันมากได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิช, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Sadock & Sadock, 2000)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ประกอบด้วย

1.1 ความผิดปกติของการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 33-78 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 2-8 ในขณะที่บุคคล

ในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป 10 เท่า และในบุตรที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท บุตรมีโอกาสเป็นร้อยละ 40

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) มีสมมติฐานที่เชื่อว่า สารโดปามีน (dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตถ้าหากการทำงานของสารโดปามีนมากเกินไปผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองและมีอาการก้าวร้าว และในขณะเดียวกันถ้าหากมีการทำงานน้อยกว่าปกติผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรของตนเองลดลง

1.3 ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาทโดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าช่องสมองข้าง (later ventricles) มีขนาดกว้างขึ้น และพบว่าฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ในระบบลิมบิก (limbic system) มีขนาดลดลง อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ามีการไหลเวียนของโลหิตในสมอง และกลูโคสเมตาบอลิซึม ลดน้อยลงในบริเวณสมองส่วนหน้า ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท (Taylor, 1994) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความไวต่อความตึงเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย การลงโทษคนอื่นและการแยกตัวจากสังคม เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (socioculture factors)

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over involvement) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่แน่ชัด ซึ่งอาจเกิดได้หลายปัจจัยร่วมกันดังที่กล่าวไว้ข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามการได้ทราบถึงปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทจะมีประโยชน์ต่อการหาแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การดำเนินโรคจิตเภท

โดยทั่วไปการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิช, 2548; Kaplan & Sadock, 1998; Sadock & Sadock, 2000) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้อยู่นานและผู้ป่วยดูแลเรื่องๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงออกที่ผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการของโรค เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบได้บ่อยได้แก่การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความแตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยแต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลง จะยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนเป็นเรื้อรัง ซึ่งการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ด้าน ที่มากระทบผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค การพยากรณ์ของโรคจะดีในกลุ่มที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน เกิดขึ้นเฉียบพลันมีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย เป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ เป็นมา

ไม่นานก่อนเข้ารับการรักษา และมีคู่สมรสหรือญาติช่วยเหลือใกล้ชิด และพบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดีในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้นทางอารมณ์ เรียบเฉย แยกตัว มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว เป็นมานานก่อนการรักษาและเป็นโรค ไม่มีคนช่วยเหลือ (มานิช หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม ครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามสภาพการเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มจะเสื่อมไปเรื่อยๆ ถ้าหากการดูแลที่ไม่ดีจากครอบครัว

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 4 (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV)) ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการระบุการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ที่ได้แปลและเรียบเรียงโดย ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2539) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภทดังนี้

1. มีลักษณะอาการจำเพาะ ก็ต้องมีอาการอย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่นานในช่วง 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) ดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด

1.2 อาการประสาทหลอน

1.3 การพูดไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) เช่น พูดออกนอกเรื่อง หรือ การพูดไม่ต่อเนื่องอยู่บ่อยๆ (incoherence)

1.4 มีพฤติกรรมแบบที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized) หรือ พฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น (catatonic) อย่างเห็นได้ชัด

1.5 อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ 1 (active phase) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากการรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น หรืออาการหลงเหลือด้วยในระยะเริ่มต้น หรือระยะหลงเหลืออาจมีอาการเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามเกณฑ์ในข้อ 1 สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาบางกว่า เช่นความคิดแปลกๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ

นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท โดยใช้คู่มือประกอบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ฉบับภาษาไทยของสถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2536) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) จะมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับอารมณ์ไม่เหมาะสม (inappropriate) หรือเฉยเมย (blunted) ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ แต่ความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (cognitive) คงจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค จิตพยาธิสภาพที่สำคัญประกอบด้วย การมีความคิดซ้ำๆ หรือความคิดที่แตกแยก ความคิดหลากหลาย มีความคิดหลงผิดที่เป็นไปไม่ได้ มีอาการหลงผิดว่ามีอำนาจพิเศษ และมีอาการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่นหูแว่ว ภาพหลอน รวมทั้งมีอาการด้านลบ เช่นนิ่งเฉย ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น

การดำเนินโรคอาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือกำเริบเป็นช่วงๆ เป็นครั้งเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครั้ง ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทถ้ามีอาการซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งยกเว้นอาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้นก่อนความผิดปกติทางอารมณ์

ในปัจจุบันเพื่อให้การวินิจฉัยโรคให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นเกณฑ์ในการระบุการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ที่ได้แปลและเรียบเรียงโดย ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2539) โดย DSM-IV แต่การบันทึกจะบันทึกโดยใช้คู่มือประกอบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ฉบับภาษาไทยของสถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2536)

การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาโรคทางจิตเภท มีหลักการรักษาแบ่งตามระยะอาการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; American Psychiatric Association [APA], 1994; Kaplan & Sadock, 2000)

1. ระยะแรก เรียกว่า ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จะเน้นให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องการรักษาในระยะนี้ประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (pharmacological intervention) การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ โดยการรักษามี 2 ช่วง คือ ระยะควบคุมอาการ การรักษาในระยะนี้ ควบคุมอาการให้สงบโดยเร็วจากอาการรุนแรง หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้น การรักษาตั้งแต่ระยะแรกนั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล และระยะที่ให้อาการสงบลงแล้วผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่อง เพื่อกันมิให้กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีการควบคุมด้วยยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดยาลงจนถึงขนาดยาต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเก่านั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีที่ผู้ป่วยคือยาต้านโรคจิตหรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยามากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่ใช่เป็นการลงโทษ และควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างหนึ่ง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยานีโคตควบคุมอาการด้วย ทีมสุขภาพต้องตรวจเยี่ยมเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัว และผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

2. ระยะที่สอง เรียกว่าระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว สามารถควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับสู่ชุมชน การรักษาทั่วไปจะมีลักษณะอาการเฉียบพลัน หรือระยะกำเริบ แต่จะเน้นในการบำบัดดังนี้คือ

2.1 การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษามักใช้รักษาร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วแต่ปัญหาด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะที่อึดอัดทั้งหมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจึงจำเป็นต้องมีที่ผู้รักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้านมิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น ตัวอย่างการรักษาทางจิตสังคมมีดังต่อไปนี้

2.1.1 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ เช่นการทำกลุ่มจิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual & group psychotherapy)

2.1.2 การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการรักษาที่ฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในสังคม

2.1.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (high expressed emotion) ของสมาชิกภายในครอบครัว โดยการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.1.4 การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษาประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายและการทำร้ายผู้อื่น แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือวุ่นวาย ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การรับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยมีเวลาฟื้นฟูและปรับตัวในการดูแลตนเองและไม่รบกวนผู้อื่น

3. ระยะที่สาม เรียกว่าระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ป่วยในระยะนี้จะเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น แม้จะมีอาการทางจิตหลงเหลือแต่ลดความรุนแรงลง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล เป้าหมายเพื่อป้องกันการเข้า

รักษาซ้ำ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องคือ

3.1 การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจะได้ผลดีในการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่อาการแสดงออกทางพฤติกรรมบางอย่างอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การดำเนินชีวิตและทักษะทางสังคมบกพร่องไปด้วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึกทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหา และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เป็นต้น ทักษะต่างๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้อย่างได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการสงบและใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา

3.2 การวางแผนก่อนจำหน่าย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายนั้นต้องเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือภายหลังจำหน่ายโดยเน้นการประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งญาติ ผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้ได้ปัญหาที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวนวันครองเตียงลดลง และการป้องกันการเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้การพยาบาลจิตเวชมีความสมบูรณ์ขึ้น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน และมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมพร้อมก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และให้ความสำคัญในการรักษา รวมทั้งญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ย่อมทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย

สาเหตุการกลับเข้มารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในการกลับเข้มารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีหลายสาเหตุประกอบด้วย

1. สาเหตุด้านผู้ป่วย เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา โดยส่วนมากมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995) และผู้ป่วยบางรายเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผลข้างเคียงของยา และมีปัญหาทางการเงิน และการเดินทางมารับยา (Schultz & Videbeck, 1994) รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชนไม่เหมาะสม เช่น มีการใช้สารเสพติด และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ขาดแรงจูงใจในการรักษา (Kaplan & Sadock, 1998) และยังมีอาการทางจิต เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีอาการคลุ้มคลั่งเป็นพักๆ (Casper et al., 1991) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังกล่าวนี้ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ซึ่งทำให้การดูแลตนเองไม่ดีพอ ในทางกลับกันการศึกษาของเคนเนดี เชพพ์ และ โอคอนเนอร์ (Kenedy, Scheep & O'Conner, 2000) ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการกับอาการและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับอาการของตนเองก่อนที่อาการกำเริบจะลดการกลับเป็นซ้ำและอยู่ในสังคมได้นานกว่าผู้ที่ไม่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ แต่ผู้ป่วยบางส่วนที่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องก็มีอาการกำเริบได้ ซึ่งทั้งนี้อาจเกิดจากร่างกายของผู้ป่วยมีการดื้อซึมยาไม่ดี และมีความตึงเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Malai, 1992) จนต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำด้วยเช่นกัน

2. สาเหตุด้านครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสุรพิร เกิดจัน, ลูกจันท์ วิทถาวรวงศ์, และสุธา ไชยาคิกุล (2542) ที่ศึกษาปัจจัยของญาติที่สัมพันธ์ กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยที่ไม่มารักษาซ้ำ และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มี

การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำจะมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bebbing ton & Kuiper, 1994 อ้างใน ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) ในขณะที่เดียวกันญาติผู้ดูแลก็มีความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโดยการแสดงออกในลักษณะอารมณ์โกรธ หงุดหงิด เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ (IP & Mackenzine, 1998 อ้างใน ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ความรู้สึกดังกล่าวทำให้ครอบครัวเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแล และเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแลส่งผลทำให้ไม่ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยขาดยาและไม่ได้ได้รับการรับประทานยาก็ย่อมมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือโรธงค์, 2541) ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาต่ำด้วย ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีผลกระทบต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

3. สาเหตุด้านสังคม วัฒนธรรม และชุมชน มีการศึกษาจำนวนมากพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักอยู่ในชุมชนได้ไม่นาน และจะกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบอีก ซึ่งสาเหตุเกิดจากสังคมไม่ยอมรับ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวิลาวรรณ เทพโสธร (2538) ที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน และมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น การทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกพาอาวุธไว้กับตัว หรือบางครั้งทุบทำลายข้าวของซึ่งอาการและลักษณะของพฤติกรรมเหล่านี้ ส่งผลต่อการได้รับอันตรายแก่บุคคลในสังคม นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจเป็นอันตรายต่อสังคมเช่นมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีการใช้สารเสพติด จึงทำให้สังคมไม่ยอมรับ และไม่ได้รับการดูแลจากสังคมจนทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ

4. สาเหตุด้านทรมานสุขภาพ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการรักษาด้วยยา และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทบางคนทรมานสุขภาพขาดการละเลย ไม่ให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schultz & Videback, 1994) ซึ่งบทบาทของทรมานสุขภาพที่จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทรมานสุขภาพนั้น จะส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วยให้เกิดผลดี เกิดความพึงพอใจและผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยได้ (สารุพร พุฒขาว, 2541) แต่ก็ยังพบว่าการดูแลต่อเนื่องของทรมานสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อการเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Buchanan & Carpenter,

2005) เพราะถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น รวมไปถึงภาระที่เกิดขึ้นกับญาติที่จะต้องดูแลต่อไปหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Beebe, 2002) ดังนั้นการที่ทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ ย่อมเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการแนะนำและการสนับสนุนความรู้ที่เหมาะสม (Naylor, Bowles & Brooten, 2000) อันจะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาทางจิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต และมีความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งช่วยให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กล่าวมาข้างต้นประกอบด้วยหลายสาเหตุ ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และชุมชน รวมทั้งทีมสุขภาพ และจะพบว่าสาเหตุด้านทีมสุขภาพมีความสำคัญที่ทำให้สามารถแก้ไขปัญหการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่อาจจะมีปัญหาและสาเหตุแตกต่างกันไป ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรคนหนึ่งของทีมสุขภาพจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาดังกล่าว อันจะนำไปสู่การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำตามสาเหตุที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตได้ในสังคม และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกนครินทร์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลจิตเวช (psychiatric nursing) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย ตลอดจนมีแนวทางการป้องกันและการบำบัดรักษาจากการประยุกต์ความรู้ แนวคิดทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก (Stuart & Laraia, 2005) โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาผู้ป่วยในด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวก มีแบบแผนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่น่าพอใจ และสามารถกระทำบทบาทต่างๆ ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Taylor, 1994) ดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้นานที่สุด โดยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสืบค้นข้อมูล

เกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นการบริการที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือทั้งที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัว โดยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค (สุระพรธน์ พนมฤทธิ์, 2543) และเมื่อนำมาปฏิบัติเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสมนั้นจะประกอบไปด้วยไปด้วยการสอน การให้คำแนะนำ เทคนิคต่างๆ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งสามารถแบ่งเนื้อหาได้ออกเป็น 2 หมวดใหญ่ๆ ด้วยกันคือ 1) การให้การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และ 2) การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยอาศัยกับครอบครัวในชุมชนโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.การให้การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการที่ต้องให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเน้นในการดูแลแบบองค์รวมในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการให้การพยาบาลผู้ป่วยในการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติซึ่งพยาบาลต้องยึดแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมควรประเมินในเรื่องต่อไปนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536; มานิต ศิริสุรภานนท์ และจำลองดิษยวนิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2547; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2545; Vajchalapong, 2000)

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย ด้านร่างกาย ส่งผล กระทบในการดำเนินชีวิตซึ่งประกอบด้วยการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจับถ่าย แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น

1.2 การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยการประเมินลักษณะที่ปรากฏ (general appearance) เช่น การแต่งกาย การเคลื่อนไหว การแสดงสีหน้า การพูดและกระแสคำพูด (speech and stream of talk) เช่นความดังของการพูด ความผิดปกติของการพูด กระแสคำพูด เป็นต้น อารมณ์/พฤติกรรม (mood/behavior) เช่นความสอดคล้องของอารมณ์ ภาวะของอารมณ์ปัจจุบันพฤติกรรม เช่นต่อต้าน คุณคาม ก้าวร้าว เข้าใจเข้าใจการ การรับรู้สิ่งเร้า (perception) เช่น การแปลการรับสัมผัสผิด ประสาทหลอน ความคิด (thought) เช่น กระแสความคิด เนื้อหาความคิด

การรับรู้สภาวะตนเองและสิ่งแวดลอม (sensorium) เช่นการรับรู้สภาวะตนเอง การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำ (memory) เช่นความจำเฉพาะหน้า ความจำในปัจจุบัน การตัดสินใจ (judgement) ดีหรือไม่ดี การหยั่งรู้ (insight) เช่นการยอมรับการเจ็บป่วย การรับประทานยาตามแผนการรักษาการมาตรวจตามแพทย์นัด

1.3 การประเมินสภาวะทางสังคม เช่นการประเมินความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและไว้วางใจ ฐานะในครอบครัว รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

1.4 การประเมินด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยการประเมิน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยสิ่งยึดเหนี่ยว/ที่พึ่งทางใจขณะเจ็บป่วย ค่านิยมของผู้ป่วย

1.5 การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของญาติประกอบการประเมินต่อไปนี้เป็น ความรู้สึกของญาติในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2546; ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541ข)

1.6 การประเมินแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมสถานพยาบาลใกล้บ้านเช่นสถานีนอนมัย โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

1.7 การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของญาติประกอบการประเมิน ความรู้สึกของญาติในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น

1.8 การให้การพยาบาล โดยผสมผสานการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วย คำแนะนำ และการให้ความรู้ต่างๆ ที่จะช่วยให้แก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถจัดการกับปัญหานั้นๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำประกอบด้วย การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541ข) ดังนี้

1.8.1 การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเช่น อาบน้ำ โดยการฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้น โกนหนวดเคราสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นต้น

1.8.2 การรับประทานอาหารสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดไม่มีอาหารแสลง ให้ครบอย่างน้อย 3 มื้อต่อวันตรงตามเวลาและปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นอาหารสุกๆ ดิบๆ เครื่องดองของเมา เป็นต้น

และก่อนรับประทานอาหารควรล้างมือก่อนทุกครั้งและควรรับประทานอาหารผักและผลไม้ให้มากๆ เพื่อป้องกันปัญหาท้องผูก

1.9 การเฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพย์สินขณะอยู่บ้านดังนี้คือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541ก) สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต กำเริบคือจะมีอาการนอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น การจัดการกับอาการหรือบรรเทาอาการเตือนโดยการหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้มีอาการคิดฟุ้งซ่าน หรือการรับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเช่นการฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.10 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนก, 2540) เนื่องจากหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยคือการรับประทานยาที่ถูกต้อง พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำญาติในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาดังนี้คือ 1) พยาบาลอธิบายชนิด ขนาดเวลาและวิธีการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตือนและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด 3) ญาติควรจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานแต่ละครั้งและเดือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง และนอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานยารักษาโรคจิตเภท โดยการให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา (Kaplan & Sadock, 1998; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536; บุญวดี เพชรรัตน์, 2539; มานิต ศิริสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2547) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่สังเกตได้คือ 1) อาการกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรมรวมถึงการออกกำลังกาย 2) อาการปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ต้องให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากมาก กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและให้กำลังใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่มีอันตรายต่อชีวิต และในกรณีที่พบอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตญาติต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที

พยาบาลนอกจากจะให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ข้างต้นที่ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้แล้ว พยาบาลยังมีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลด้วยการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

1) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจเช่น การทำกลุ่ม จิตบำบัดรายบุคคลและ

จิตบำบัดรายกลุ่ม (individual & group psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ เช่นช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาหมกมุ่นไม่ได้เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น

2) การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการรักษาที่ฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในสังคม โดยผู้บำบัดจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (high expressed emotion) ของสมาชิกภายในครอบครัว โดยการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว การทำครอบครัวบำบัดโดยการนำสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วยมาร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันและกัน จะช่วยให้ญาติคลายเครียด มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

โดยสรุปการพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผ่านการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล และผสมผสานเข้ากับการวางแผนจำหน่ายที่ส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการให้ความรู้ การให้คำแนะนำในการดูแลขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อที่บ้านได้ โดยเน้นความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้เป็นแผนจำหน่ายที่จะประกอบด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำ เทคนิคและทักษะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ไม่ได้รวมถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำของพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษาและทีมพัฒนาแผนจำหน่ายพิจารณาว่าจะเกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานที่ปฏิบัติเป็นปกติของพยาบาล

2. การพยาบาลขณะผู้ป่วยอาศัยกับครอบครัวในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ใช้ระยะเวลานานในการรักษา รวมทั้งอาจมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพราะฉะนั้นญาติจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลควรให้คำแนะนำ ญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541ข; โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์, 2540)

2.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตความบกพร่องในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการแต่งกาย เช่น ความสะอาดของร่างกาย ผมมีเหา ผมและหนวดยาวรุงรัง ปากและร่างกายมีกลิ่นเหม็น โรคผิวหนัง เช่น หิด กลาก และเกลื้อน การแต่งกายไม่เหมาะสมเช่น เสื้อผ้าสกปรก สวมเสื้อผ้าหลายชั้น หรือสวมกลับด้าน เป็นต้น

2.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้เหมาะสม โดยผู้ดูแลอาจต้องคอยเตือนให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน ตัดเล็บ จัดเตรียม อุปกรณ์การทำความสะอาดให้พร้อม ช่วยทำให้ สอนวิธีการ และให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยภูมิใจและทำต่อได้ด้วย

2.3 การดูแลการรับประทานอาหารญาติควรสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมแยกตนเอง หรือซึมเศร้าจะมีความอยากอาหารน้อยลง จึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารบ่อยครั้งขึ้น หรืออาจเพิ่มอาหารเสริม เช่น นมสด ผลไม้ หรือขนมระหว่างมื้อ กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารบ่อยครั้งหรือครั้งละมากเกินไป ควรจัดเตรียมอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบมากกว่าแป้งหรือไขมัน และกระตุ้นให้ออกกำลังกายหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมน้ำหนัก

2.4 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนเมื่ออยู่ที่บ้านเพราะฉะนั้น ญาติควรสังเกตอาการของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนได้น้อย มักเดินไปเดินมา ดังนั้นญาติควรมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยเรื่องการนอนหลับดังนี้ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546; Jackson, Smith, and McGorry, 1990) 1) ช่วงกลางวัน ควรทำงาน หรือทำกิจกรรมที่เหมาะสม รดน้ำต้นไม้ หรืองานอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเหนื่อยเหนื่อย และหลับได้ในเวลากลางคืน 2) พยายามไม่หลับกลางวัน ถ้าง่วงมากอาจให้งีบหลับในช่วงบ่ายได้แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง 3) ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่กระตุ้นประสาททำให้ไม่หลับ 4) กำหนดให้ผู้ป่วยเข้านอนตามเวลาที่เหมาะสมกับสภาพของตนเองเมื่อเข้านอนแล้ว 30 นาที ยังไม่หลับ ควรบอกญาติให้รับทราบถึงปัญหา 5) ถ้านอนหลับไม่พอเกิน 3 วัน ควรปรึกษากับ บุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน

2.5 การให้ความรู้/คำแนะนำญาติสังเกตและเฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพย์สินขณะผู้ป่วยอยู่บ้านญาติต้องปฏิบัติดังนี้คือ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542)

2.5.1 ญาติควรสังเกตพฤติกรรมหรือคำพูดที่เสี่ยงต่ออันตรายเช่น ผู้ป่วยอาจทำลายทรัพย์สินหรือทำร้ายบุคคลอื่น ถ้ามีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ตาขวาง พูดจาข่มขู่ สะสมของมีคม หรืออาจทำร้ายตนเองจนกระทั่งพยายามฆ่าตัวตาย พูดถึง ตนเองในด้านลบบ่อย สิ้นน้ำซึมเศร้า แยกตัวเองมากขึ้น บางรายอาจพูดลักษณะการสั่งลา

2.5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการจัดเก็บยา สารเคมี และอุปกรณ์ที่มีคมทุกชนิด รวมถึงเชือก ผ้า และวัตถุที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้เป็นอาวุธ เช่น ผ้าขาวม้า เชือกผูกรองเท้า ค้อน ตอกตะปู เป็นต้น

2.5.3 การจัดการการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวเช่น การสื่อสารโดยการใช้อำนาจกับผู้ป่วย การเรียกชื่อผู้ป่วยก่อนเข้าถึงตัวหรือการไม่ได้ตอบด้วยอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และหากสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ควรปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือ

กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยซึ่งจะเริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาล หรือในชุมชนนั้นเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการที่จะต้องให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่วนการวางแผนจำหน่ายที่ต้องมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งปฏิบัติร่วมกันกับทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย โดยการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา

การพัฒนาแผนจำหน่าย

ความหมายของแผนจำหน่าย

แผนจำหน่าย เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เป็นบริการที่โรงพยาบาลต้องให้กับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและถือเป็นการประกันคุณภาพการรักษายาบาลที่สมบูรณว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแผนจำหน่ายไว้หลายประการดังนี้

แมคคีสันได้ให้ความหมายของแผนจำหน่ายไว้ว่า แผนจำหน่ายเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่ผู้ป่วย และทีมสุขภาพจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

ขึ้นจากสภาพแวดล้อมหนึ่งไปสภาพแวดล้อมอื่น (McKeehan, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับ อมิเทค (Amitage, 1995) และ โรเดินและทาฟ (Rorden & Tafts, 1990) ที่ได้ให้ความหมายของ แผนจำหน่าย ว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปอีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุน ด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษา และจัดทรัพยากรที่ จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถาน บริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการ ไปบ้านของผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนจำหน่าย จะเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป้าหมาย ของการดูแล และการประเมินผลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (การณ การ คำรณ, 2543) นอกจากนี้ แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อให้การ ดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน หรือส่งต่อไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่น อันส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Pearlman, 1984) และ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอนซึ่งใน ระยะแรกจะเน้นเป้าหมายในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และระยะหลังมุ่งหวัง การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง (Roden & Taft, 1990)

จากความหมายที่กล่าวถึงข้างต้นสรุปได้ว่าแผนจำหน่ายหมายถึง กิจกรรมการวางแผน จำหน่ายของพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล ประกอบด้วยแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลหลัง จำหน่าย ปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่ได้จากการประเมิน การกำหนดกิจกรรมเพื่อการวางแผน จำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยทุกขั้นตอนของการ วางแผนจำหน่าย อาศัยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลในการพัฒนาแผน เพื่อให้ได้มาซึ่งแผน จำหน่ายที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

แมคคีแชน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายที่มี ปฏิสัมพันธ์กัน 4 ส่วนด้วยกันดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยนอนรักษาใน โรงพยาบาล เพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสม

2. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญขาดไม่ได้รวมถึงบ้านของผู้ป่วย องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการในชุมชน ซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้และถูกทาง

3. กฎระเบียบที่ใช้ปฏิบัติ หน่วยงานที่ควบคุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางกฎระเบียบ หากไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพที่จะทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

จากองค์ประกอบตามแนวคิดของแมคคีสแตงกล่าว การพัฒนาแผนจำหน่าย ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาโดยให้ความสำคัญกับ 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น โดยเน้นในเรื่องการทำงานเป็นทีม เพื่อให้ได้แผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยเริ่มพัฒนาจากทีมพยาบาลระดับผู้บริหารในหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการศึกษารุ่นนี้ไม่ได้มาจากทีมสุขภาพทั้งหมด แต่พยาบาลซึ่งมีบทบาทในการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ในระหว่างการพัฒนาแผนได้มีการติดต่อกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา และได้นำเข้าประชุมทีมพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล (PCT) เพื่อความเห็นชอบก่อนนำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลในการปฏิบัติจริงอีกครั้ง นอกจากนี้ การศึกษารุ่นนี้ได้ศึกษาการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความคิดที่ผิดปกติ ประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษายเฉพาะรายที่เป็นผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน รวมทั้งญาติมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงไม่ได้นำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนจำหน่ายของผู้ป่วย แต่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเท่านั้น

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

กองการพยาบาลได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ ดังนี้

(กองการพยาบาล, 2539)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการคัดแปลงกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลันและเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย หรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลถือเป็นบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล (เจียมจิตต์ชีวิตไทย, 2542) ในทางปฏิบัติ การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประเมินความต้องการในการดูแลรักษาหรือความช่วยเหลือของผู้ป่วย การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการที่ประเมินได้ และการนำแผนลงสู่การปฏิบัติซึ่งส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการสอนสุขศึกษาหรือทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ การให้ข้อมูลหรือการให้บริการต่างๆ (วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล , 2550) ซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผนนั้นให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้คิดค้นวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้มีประสิทธิภาพที่ต้องการ โดยมีขั้นตอนตามรูปแบบต่างๆดังนี้ เช่นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของ แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การกำหนดแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและการประเมินผล โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รูปแบบการปฏิบัติร่วมกันแบบหุ้นส่วนในการดูแล (Pugh et al., 1999) รูปแบบที่มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย รูปแบบ A-B-C (Rorden & Taft, 1990) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่เป็นต่อการวางแผนจำหน่าย (assessment) จากนั้นนำมาสร้างแผนจำหน่าย โดยเน้นจากปัญหาและความต้องการที่รวบรวมได้ การยืนยันแผนการจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมการดูแลและได้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เพื่อพัฒนาแผนต่อไป และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Naylor et. al., 1994) ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ มุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้พยาบาล โดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะทางกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปเป็นบริการสมบูรณ์แบบ โดยมีกิจกรรมในโรงพยาบาลเชื่อมโยงบริการของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

จากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีหลากหลายและวิธีการและขั้นตอนที่ต่างกันแต่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การนำมาปฏิบัติจึงต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และควรเป็นแผนจำหน่ายที่อาศัยความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนาโดยใช้แนวคิดของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลสามารถปฏิบัติร่วมกับการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ มีการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดการความต่อเนื่องในการรักษา โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้ คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนคือ การประเมินปัญหาหลังจำหน่าย การกำหนดปัญหา การกำหนด

กิจกรรมเพื่อการวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล ซึ่งกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยแรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้นแมคคีแชน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เหมือนขั้นตอนการแก้ปัญหา และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ประกอบด้วยการสอน การแนะนำที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการดำเนินการสร้างแผนการจำหน่าย โดยใช้แนวคิดของแมคคีแชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาแผนจำหน่าย ซึ่งแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย

เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายโดยการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย เพื่อกำหนดความต้องการความช่วยเหลือและวินิจฉัยปัญหา ทั้งในปัจจุบันและก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ต้องการทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ในด้านการวางแผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการเจ็บป่วย และความต้องการเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

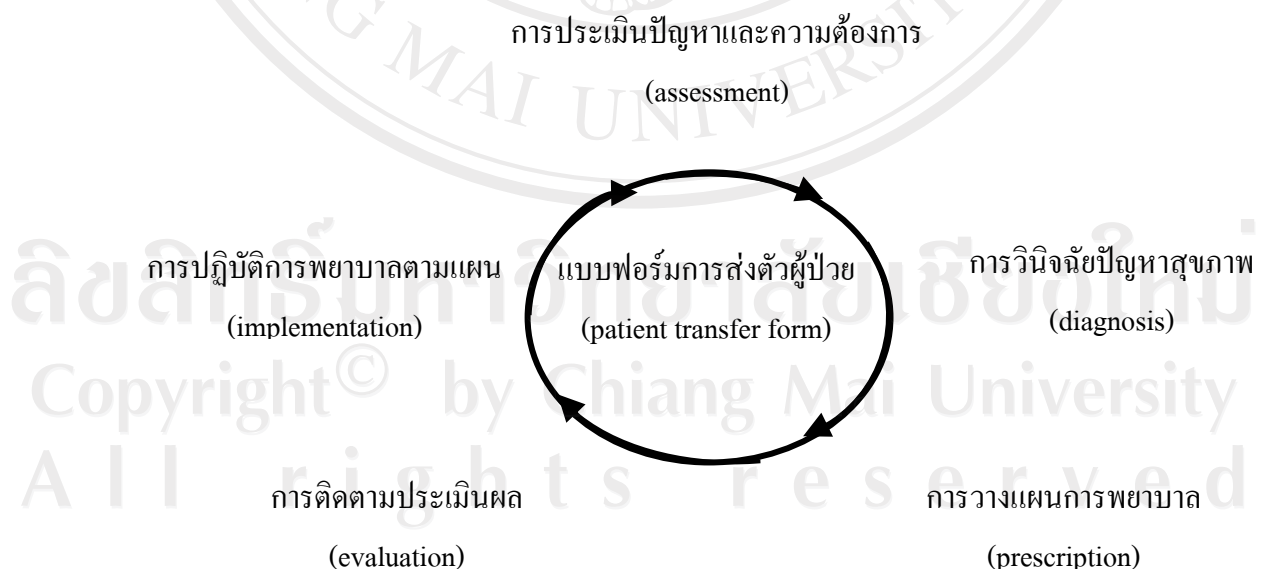
2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล และความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นการวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาร่วมกันวิเคราะห์และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติกับผู้ให้การดูแลอื่น ๆ การสอนและการส่งต่อ ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยการสอนผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและ

ครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชนโดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติและทีมสุขภาพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผนปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรทีมพยาบาลต่างๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน

5. การติดตามประเมินผล เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หลังจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวมาข้างต้นไม่ว่าจะเป็นในด้านของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารวิธีต่างๆ ขึ้นอยู่กับวิธีการที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสันแสดงในภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีสัน (McKeehan, 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว วิธีการวางแผนจำหน่ายถือเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวคิดของแมคกีแชนเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การกำหนดปัญหา การกำหนดแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผล และมีการส่งต่อไปยังชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การสำรวจความคิดเห็นการใช้แผนจำหน่าย

แผนจำหน่ายเมื่อพัฒนาเสร็จแล้ว ควรมีการนำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโดยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ทดลองใช้แผนที่ได้พัฒนาขึ้น และเพื่อตรวจสอบว่าแผนจำหน่ายในความคิดเห็นของพยาบาลเป็นอย่างไร จึงควรมีการสำรวจความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมการสำรวจความคิดเห็นของการใช้แผนจำหน่ายไม่มีผู้ใดกล่าวถึงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่จากการศึกษาของพนิดา แซ่เตีย (2543) ศึกษาโครงการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ได้มีการประเมินผลโครงการศึกษาโดยใช้แบบประเมินความคิดเห็นประกอบด้วย 5 หัวข้อได้แก่ 1) เห็นด้วยกับการที่โรงพยาบาลกำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) ความคิดเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยพยาบาลในการให้การพยาบาลได้ครอบคลุม เหมาะสม 3) การนำแผนจำหน่าย ที่พัฒนาขึ้นมาใช้จะได้รับประโยชน์ 4) ความพึงพอใจในการใช้แผนการจำหน่าย และ 5) แบบฟอร์มแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นพยาบาลสามารถใช้ได้ง่ายและสะดวก ลักษณะของคำตอบเป็นการประมาณค่าเลือกตอบ 5 ระดับความคิดเห็นคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของสมบุญ เกาส่อง (2548) ได้ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์ (ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์ อ้างในสมบุญ เกาส่อง (2548)) ในการสำรวจความคิดเห็นผู้ที่ได้ทดลองใช้แผนการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) ความยากง่ายในการนำไปใช้งาน 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถนำมาใช้ในทีมได้ 4) ความสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 5) การประหยัดค่าใช้จ่าย 6) ความพึงพอใจในการใช้แผน 7) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ลักษณะของคำตอบเป็นการประมาณค่าเลือกตอบ 3 ระดับความคิดเห็นคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย ดังนั้นการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ ผู้ศึกษาจึงได้สร้างแบบสำรวจความคิดเห็นความเป็นไปได้ของการใช้

แผนจำหน่ายจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อคำถามโดยมีรายละเอียดดังนี้และต่อละคำถามมีรายละเอียดดังนี้

1. ความชัดเจนง่ายต่อการใช้ หมายถึง แผนจำหน่ายมีความชัดเจน และผู้ทดลองใช้มีความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่อง และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง
 2. ความสะดวกในการใช้ หมายถึง แผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีความสะดวก และวิธีการใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการที่จะนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
 3. ประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน หมายถึง แผนจำหน่ายมีประโยชน์สำหรับพยาบาลที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย ทำให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
 4. ความครอบคลุมและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วย หมายถึง แผนจำหน่ายที่นำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีความคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการที่จะนำมาปฏิบัติต่อผู้ป่วย
 5. ความสอดคล้องกับแผนการดูแลของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ หมายถึง แผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นเมื่อนำมาปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้วมีความสอดคล้องกับทีมสหวิชาชีพอื่นในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 6. แผนจำหน่ายผู้ป่วยส่งผลทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง หมายถึง แผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งจะ ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง
 7. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง หมายถึง เมื่อพยาบาลได้ทดลองใช้แผนจำหน่ายแล้ว เห็นสมควรว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วย
 8. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง เมื่อพยาบาลได้ทดลองใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยแล้วพยาบาลมีความพึงพอใจกับการนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติผู้ป่วย
- ลักษณะของคำตอบของแบบสำรวจความคิดเห็นเป็นการประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบแบบสำรวจความคิดเห็นเลือกตอบตามความคิดเห็นให้ตรงหรือใกล้เคียงความคิดเห็นในการนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติกับผู้ป่วย ลักษณะคำตอบมีความหมายดังต่อไปนี้
- เห็นด้วยมาก หมายถึง พยาบาลที่ได้ทดลองใช้แผนจำหน่ายเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้น
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง พยาบาลที่ได้ทดลองใช้แผนจำหน่ายเห็นด้วยบ้างไม่เห็นด้วยบ้างในข้อคำถามนั้น

เห็นด้วยน้อย หมายถึง พยาบาลที่ได้ทดลองใช้แผนจำหน่ายเห็นด้วยน้อยในข้อคำถามนั้น

หลังจากที่ได้สร้างแบบสำรวจความเห็นแล้วผู้ศึกษานำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องแผนจำหน่าย 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในการสอนเรื่องโรคทางจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคจิตเภท 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปให้พยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองใช้แผนจำหน่ายจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเข้าใจในภาษาในแบบสำรวจความคิดเห็น แล้วนำมาแก้ไขให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้จริง

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำแผนจำหน่ายมาใช้จะช่วยแก้ไขปัญหาการดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง และทำให้พยาบาลมีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยทุกขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลในการพัฒนาแผน เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนจำหน่ายที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพัฒนาตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ที่ส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง