

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นคำที่ใช้เรียกชื่อความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิต ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ในประเทศไทยพบว่าเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช โดยคิดเป็นร้อยละ 48.37 และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 5.71 (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2552) มีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 0.3 – 0.6 ผู้ชายและผู้หญิงมีอัตราการเกิดเท่ากัน (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยมีความชุกร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadock, 1998) พบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2552) มีรายงานการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2547) มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น และพบได้ทุกเชื้อชาติ (American Psychiatric Association [APA], 2003) โดยอาการแบ่งเป็น 2 กลุ่มกว้าง ๆ คือ อาการด้านลบ (negative symptoms) และอาการด้านบวก (positive symptoms) โดยอาการด้านลบผู้ป่วยจะพูดน้อย เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมากกว่าคนปกติ หน้าตาเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ส่วนอาการด้านบวกจะมี อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งอาการและพฤติกรรมทางจิตเหล่านี้จะส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคม ทักษะในการทำงาน เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) โรคจิตเภทมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ยังพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบของโรคหลังจากรับการรักษาไปแล้ว 1 ปี (Read & Argyle, 1999) โดยจะกลับมามีอาการกำเริบซ้ำยิ่งไปกว่านั้นพบว่าอาการที่เป็นอาการหลัก ในการกลับเป็นซ้ำ คืออาการหูแว่ว (รวิชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2544) ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภท (American Psychiatric Association [APA], 1997) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตในระดับที่รุนแรง (Davies et al. อ้างใน ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2552)

อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะสำคัญทางคลินิก แต่ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะรับฟัง (Adolfo et al., 2003) เป็นเสียงคนมาพูดคุยด้วยไม่แตกต่างจากเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินจริงๆ ในชีวิตประจำวัน เพียงแต่ว่าขณะที่ผู้ป่วยได้ยินนั้น ไม่มีผู้พูดอยู่จริง ๆ เสียงหูแว่วนั้นอาจดังอยู่ในหูหรือก้องอยู่ในหัวก็ได้ นอกจากนี้อาการหูแว่วอาจจะเป็นเสียงความคิดของผู้ป่วยเอง หรือผู้ป่วยได้ยินเสียงของตนเองในขณะที่คิดในใจ เป็นเสียงถกเถียงกันหรือวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลที่ 2 หรือที่ 3 ซึ่งอาการหูแว่วนี้อาจจะสัมพันธ์กับอาการหลงผิด และอารมณ์ของผู้ป่วย (สันติชัย จำจิตรชั้น, 2548) อาการหูแว่วพบได้ 2 ลักษณะ คือ เสียงแว่วที่ดี (positive voice hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (negative voice hearing) เสียงแว่วที่ดีจะเป็นเสียงที่ได้ยิน ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำที่ดี สร้างความสนุกสนานเป็นมิตร (Baker, 1995) ผู้ป่วยจะรู้สึกดีและปรับตัวเข้ากับเสียงที่ได้ยิน ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี เป็นเสียงแว่วที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถควบคุมและปรับตัวเข้ากับเสียง มีความเชื่อในสิ่งที่ผิด ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับสูง มีความคิดหมกมุ่นในเสียงที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าเสียงมีพลังอำนาจและควบคุมชีวิต รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า ให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Gilbert et al., 2001) ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความดังของเสียงที่ได้ยินกับความรุนแรงของการเกิดอาการหลงผิด ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Cosoff & Hafner, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่วอย่างน้อย 1 คน ใน 1 ปี มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Falloon & Talbot, 1999; APA as cited in Buccheri et al., 2004) อาการหูแว่วมีความเชื่อมโยงกับประวัติเหตุการณ์การถูกทำร้ายทารุณกรรมในชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติถูกทำร้ายร่างกายพบว่า จะมีความคิดหวาดระแวง เกิดเสียงหูแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเองบ่อย ๆ (Read & Argyle, 1999) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่ออาการหูแว่ว และไม่ทราบว่า จะจัดการอย่างไรจำนวน 5 ราย มีความรู้สึกไม่สนใจกิจกรรมและผู้อื่น หมกมุ่นอยู่กับเสียงหูแว่ว 4 ราย วิธีการจัดการหูแว่วคือ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ตอบโต้กับเสียงนั้น และการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ส่วนอีก 1 รายนั้นเป็นเสียงแว่วที่ดี และไม่คิดที่จะจัดการ นอกจากนี้อาการหูแว่วที่ไม่ดียังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทและมีอาการหูแว่ว 10 ราย พบว่าผู้ดูแลทุกรายเกิดความหวาดกลัว ไม่สามารถที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ ระวังกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย และจะนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงเท่านั้น

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางด้านจิตสังคม แม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้รับการยอมรับว่าได้ผลการรักษาอาการหูแว่วมากที่สุด (Heinssen et al., 2000) แต่ก็พบว่าร้อยละ 25 ถึง 30 ของอาการประสาทหลอนทางหูไม่ตอบสนองต่อยา และมีผลทำให้มีอาการหูแว่วมีลักษณะคงอยู่

ตลอดไป (Shergill et al. as cited in Buccheri et al., 2004) มีรายงานพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาทำให้อาการหูแว่วหายไปอย่างสมบูรณ์ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะกรณีที่รับประทานยาคิดต่อกันสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนอีกร้อยละ 30 มีอาการหูแว่วคงอยู่ขณะที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแต่อาการหูแว่วลดลง ที่เหลืออีกร้อยละ 30 ยังคงมีอาการหูแว่วทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยา (Baker, 1995) ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้านั้น จะทำเมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อาการหูแว่วมีอยู่ตลอดเวลาและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่ให้ผลดีไม่เท่าการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ส่วนการรักษาด้านจิตสังคม เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษา การแก้ไขปัญหาด้านจิตใจและเกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมให้ดียิ่งขึ้น โดยจะทำเมื่อผู้ป่วยอาการสงบแล้ว (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 16 จังหวัดในภาคเหนือ ให้การรักษา ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลเครือข่าย 39 แห่ง ผู้ป่วยที่มาับการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 36.62 ของจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด (รายงานสถิติโรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) มีตึกที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวแบ่งตามเขตจังหวัดภาคเหนือจำนวน 5 ตึก แต่ละตึกมีผู้ป่วยประมาณ 80 คน โดยมีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเวรเฉลี่ย 1-2 คนต่อเวร ผู้ป่วยจิตเภทที่มาับบริการส่วนใหญ่ จะได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์ชุมชน ซึ่งได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลประจำตำบลหรือสถานอนามัยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรงและไม่สามารถให้การรักษาได้ บางรายญาตินำผู้ป่วยมาับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงโดยตรง ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้วก็จะส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อเนื่องต่อไป โรงพยาบาลสวนปรุงมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (first episode group) ผู้ป่วยจิตเภทครั้งรอง (multiple episode group) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช (comorbidity/ dual psychiatric diagnosis group) โดยมีแนวทางการดูแลที่เหมือนกันทั้ง 3 กลุ่มคือการรักษาด้วยยา และการปฏิบัติตามเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่แตกต่างคือ หากเป็นกลุ่มผู้ป่วยครั้งแรกผู้ป่วยและญาติจะได้รับสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ตามหลักดีเมททอด (D-METHOD) คือ มีการให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา สิทธิผู้ป่วย แผนการรักษา การรักษาสุขภาพ และการับการรักษาคือต่อเนื่อง และมีการวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทครั้งรองผู้ป่วยหรือญาติทุกรายต้องได้รับสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ตามหลักดีเมททอด (D-METHOD) ในหัวข้อที่พร้อม และได้รับการวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) ทุกราย ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนต้องได้รับการจัดการรายกรณี (case management) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ

วินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช จะได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามโรคร่วม เช่น การฟื้นฟูด้านการเลิกสุราหรือสารเสพติด เป็นต้น จากกระบวนการดูแลดังกล่าวยังพบปัญหาคือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย แล้วกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันในอัตราที่สูง โดยคิดเป็นร้อยละ 5.58 โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายร้อยละการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 2 (รายงานสถิติการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2552) จากการสุ่มทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันจำนวน 20 ราย พบว่าลักษณะของอาการกำเริบที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในทุกๆ ราย ได้แก่ อาการหูแว่ว ผู้ป่วยและญาติจัดการไม่ได้ รู้สึกหวาดกลัว คือนำตัวผู้ป่วยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง ขณะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในกระบวนการดูแลของพยาบาลมีความแตกต่างและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว บุคลากรเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล แม้จะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยใน คือ ในระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นการรักษาหลัก มีการส่งต่อเวรในการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการรับประทานยาและการดูแลกิจวัตรประจำวัน เผื่อระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น การทำร้ายตนเองและผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบจะได้รับการฟื้นฟูโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจำหน่ายเพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชนต่อไป แต่ยังไม่มีความเห็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ขณะที่ได้รับการรักษาแบบหอผู้ป่วยใน พบว่า มีประเด็นปัญหาของความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและรุนแรงที่เกิดจากอาการหูแว่ว คือผู้ป่วยมีอาการหูแว่วและทำร้ายผู้อื่น จำนวน 15 ราย ทำให้ร่างกายตนเองได้รับบาดเจ็บ จำนวน 9 ราย พยายามทำร้ายตัวเองโดยการแขวนคอช่วยไว้ได้ทัน 2 ราย เสียงว้าวไม่ให้รับประทานยาให้เอาไปทิ้งจำนวน 10 ราย (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลสวนปรุงปี 2552- 2553) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานร่วมกันเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว

แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) เป็นข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับช่วยในการตัดสินใจ บนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสะดวกใช้ มีแนวทางในการตัดสินใจ เกิดความมั่นใจในการให้การดูแล เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม สามารถยืดหยุ่นในการนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์จริง และเป็นการลดช่องว่างระหว่างหลักฐานทางวิชาการและการปฏิบัติ ลดการปฏิบัติที่ขัดแย้งโดยที่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกร่วมกัน ทำให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่เป็นอันตราย ทำให้ค่าใช้จ่ายและคุณภาพการดูแลรักษาลดลง (จิตร สิทธิอมร และคณะ,

2543) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติหากมีแนวทางในการให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจะทำให้เกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการให้การดูแล ผู้ป่วยเกิดความหวัง รู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกิดการเรียนรู้และสามารถเลือกวิถีลดอาการหูแว่วที่เหมาะสมแก่ตนเองได้ (นฤมล สุริยะ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌญฐาภรณ์ เป้าเรือง (2550) และ ชมัยพร พรธรรณภาพ (2551) โดยศึกษาแนวทางการจัดการหูแว่ว พบว่าเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง สามารถที่จะควบคุมตนเองได้มากขึ้น ความรู้สึกถูกรบกวนลดลง นอกจากนี้ ศิริรัตน์ นิตยวัน (2552) ได้พัฒนาทางคลินิกแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC, 1999) โดยพัฒนามนพื้นฐานของงานประจำ มีแนวทางที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติบนพื้นฐานหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากการประเมินโดยทีมบุคลากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติและทีมบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมีคุณภาพ ทีมพัฒนามีความเห็นในการนำไปใช้ในคลินิกได้จริง ร้อยละ 100 ในทุกประเด็นดังนี้คือ แนวปฏิบัติใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากและซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้ ทีมสหวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ แนวปฏิบัตินี้สามารถใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และกลุ่มประชากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการใช้ นอกจากนี้ได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 100 และพบอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นเท่ากับร้อยละ 0 นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาประเมิน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) (The AGREE Collaboration, 2001) พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ดี สามารถนำมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งจะช่วยหน่วยงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแล มีแนวปฏิบัติไปทิศทางเดียวกัน เพิ่มคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และลดการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล

ในระยะเวลาอันสั้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย ศิริรัตน์ นิตยวัน (2552) มาใช้กับบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุง และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ตามกรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ

สถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ โดยการเผยแพร่และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติแก่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมและมีการประชุมทีมพัฒนาเพื่อปรับแนวปฏิบัติให้เข้ากับหน่วยงาน 2) ขั้นดำเนินการ โดยการตีพิมพ์และนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 3) ขั้นประเมินผลลัพธ์ โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งหากพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วนี้เมื่อนำมาใช้ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลสวนปรุงแล้วเกิดประสิทธิผลเป็นไปตามเป้าหมาย เจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจในการนำไปใช้แล้ว จะได้ปรับใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร โดยจำแนกเป็นรายข้อดังนี้

1. อุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเป็นอย่างไร
2. ระดับความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเป็นอย่างไร
3. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วแล้วกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เป็นอย่างไร
4. ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยในตึกวิสุทธา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาการศึกษา

เดือนเมษายน – มิถุนายน 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ข้อกำหนดจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดย ศิริรัตน์ นิตยวัน (2552) ซึ่งอิงกรอบแนวคิดในการพัฒนาของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National health and Medical Research Council , 1999) ประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 3) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 4) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 5) การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยประเมินจากกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ใช้นโยบาย โดยประเมินจากอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่รุนแรงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และความพึง

พอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยมีรายละเอียดของผลลัพธ์แต่ละตัวดังนี้

อุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง จำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมในการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ไม่ว่าจะโดยวิธีการใด ๆ ก็ตาม แล้วทำให้เกิดการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ประเมินโดยแบบบันทึกอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2552)

ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ยินเสียงหูแว่วแล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้คือ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ มีความกังวลใจต่อเสียงที่เกิดขึ้น รู้สึกโดดเดี่ยวหรือซึมเศร้า มีความคิดหมกมุ่น รู้สึกว่าเสียงมีอำนาจเหนือตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนหรือการทำงาน วัดโดย แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2552)

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษาซ้ำแบบหออผู้ป่วยในด้วยอาการหูแว่วที่รุนแรงหลังจากหน้าออกจากโรงพยาบาล 28 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำพิจารณาตามดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่รุนแรงมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถือว่ามีอาการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2552)

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ความรู้สึกของจิตแพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวอนามัย ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ประเมินโดย แบบวัดความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2546) ซึ่งจะมีตัวเลขของระดับความพึงพอใจให้เลือกตั้งแต่เลข 1-10 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ตัวเลข	1-3	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อย
ตัวเลข	4-6	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ตัวเลข	7-10	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมาก

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ผู้ทำการรักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (DSM-IV-TR) และได้รับการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination: MSE) พบว่ามีอาการหูแว่วร่วมด้วย เข้ารับการรักษาแบบหอผู้ป่วยใน (ตึกวิสุทธา) โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ทีมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหอผู้ป่วยในตึกวิสุทธา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลเภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวะบำบัด