

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสะเมิง อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. เรื่องโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

1.3 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า

1.4 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

2.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

2.2 รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

2.4 การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน

3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสะเมิง อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

โรคซึมเศร้า

ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มผิดปกติของโรคทางอารมณ์ ซึ่งเกิดได้ทุกเพศทุกวัย ไม่เลือกเชื้อชาติ โรคซึมเศร้าไม่ใช่อาการเจ็บป่วยธรรมดา แต่เป็นโรคซึ่งจำแนกออกเป็นหลายชนิด บางชนิดอาจมีอาการแสดงที่ไม่เหมือนผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าเลย ทำให้คิดไม่ถึงว่าเป็นโรคนี้ได้ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543)

เบค (Beck) และคณะ (1979) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปบนพื้นฐาน ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

เคน และบัฟฟาโลโน (Caine & Bufalino, 1998) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นการแปรปรวนของอารมณ์ บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะอาการเศร้า เสียใจ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความสลดใจ (despondence) การสูญเสียความหวังและความรู้สึกว่างเปล่า (emptiness) อาจเกี่ยวข้องกับความโกรธ หรือความรู้สึกก้าวร้าวของบุคคลได้อีกด้วย

อาจกล่าวได้ว่า ซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มีหลายความหมาย ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงหมายถึง การแปรปรวนของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ทั้งภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในช่วงเวลามากกว่า 2 สัปดาห์บุคคลที่มีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ อ้างว้างโดดเดี่ยว ท้อแท้ ไม่มีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย จะมีความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ซึ่งจากอาการต่างๆดังกล่าวข้างต้น เข้าได้กับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) ที่ได้จำแนกโรคทางอารมณ์ออกเป็น โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (Bipolar) และโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ซึ่งโรคซึมเศร้า ยังจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) 2) โรคซึมเศร้าปานกลาง แต่เรื้อรังนานเกิน 2 ปี (Dysthymic) และ 3) โรคซึมเศร้าที่จำแนกหรือระบุกลุ่มไม่ได้ (Depressive disorder not otherwise specified)

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

อาการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้านั้น มักมีอาการอารมณ์เศร้า วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ รวมถึงเรื่องความรู้สึกทางเพศ รู้สึกไม่มีกำลังไว้เรี่ยวแรง ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และการตัดสินใจ นอนไม่หลับ หรือตื่นเช้ามาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543; Beck, 1967) มีอาการทางกาย ที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืดเพื่ออาหารไม่ย่อยคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีอาการอ่อนแรงเรื้อรัง หรือปวดเรื้อรัง เช่นปวดศีรษะ ปวดหลัง และปวดเชิงกราน (University of Michigan Health System, 2005) ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยกังวลกับอาการเหล่านี้ ผู้ที่มีอารมณ์เศร้านั้นจะขาดความสุขในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยสิ้นเชิง มีอาการนอนไม่หลับรุนแรง พลังพลาน ภาระงานกระวายใจมากนั่งนิ่งๆแทบไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า มีผิด มีบาป และหมดสิ้นความหวังในชีวิต มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเป็นโรคทางกายร้ายแรง มีเหตุว่าได้ยินเสียงการพูดทำนองว่าไม่สมควรมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือเป็นคนไม่มีประโยชน์ มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2544) ได้กล่าวถึงอาการแสดงที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ดังนี้คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical change) จะมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างดังต่อไปนี้ 1) อาการเหน็ดเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ มีความรู้สึกง่วงทำให้นอนมากกว่าปกติ แต่เมื่อตื่นก็จะดูไม่สดชื่น จะมีอาการตื่นนอนแต่เช้าตรู่ เมื่อตื่นแล้วจะนอนไม่หลับอีก 2) มีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย มีอาการท้องผูก เนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยและมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยกว่าปกติ 3) มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง 4) มีระบบประจำเดือนเปลี่ยนแปลง 5) มีกล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย 6) มีความต้องการทางเพศลดลง 7) มีการเจ็บป่วยด้านร่างกายหลายระบบ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ มีอาการรับรู้ช้า คิดช้า ไม่มีสมาธิ หงอยเหงา มีอาการความคิดถูกยับยั้งจับพถัน (Blocking)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีอาการ โกรธ วิตกกังวล เศร้าซึม ปฏิเสธความรู้สึก รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกผิด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดความหวัง เหงา

4. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม จะมีอาการ สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบอยู่คนเดียว แยก ตัว หนีสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงใช้ความหมายของโรคซึมเศร้าตามการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-IV (APA, 2000) ซึ่งมีดังนี้ คือ

1) ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อย่างติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการดังนี้ 1 อย่างคือ (1) อารมณ์เศร้า หรือ (2) หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ

- (1) อารมณ์เศร้า
 - (2) หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ
 - (3) เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารและน้ำหนักเพิ่ม (น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักปกติในเวลา 1 เดือน)
 - (4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก
 - (5) ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย
 - (6) อ่อนเพลียไม่มีแรง
 - (7) รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตนเองมากผิดปกติ (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด)
 - (8) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- 2) อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม (mixed episode)
- 3) อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม อาชีพการทำงานหรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น
- 4) อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย ขาดยาโรค หรือสารเสพติด
- 5) อาการไม่ได้เป็นเพราะความเศร้าโศกเสียใจ (bereavement) (สมกพ เรื่องตระกูล, 2542)

ดังนั้นจากอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าได้ดังนี้คือ

1. มีอารมณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น โกรธ วิตกกังวล เศร้าซึม ปฏิเสธความรู้สึก รู้สึก ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกผิด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หดความหวัง เหนง ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ เป็นต้น
2. มีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ท้องผูก วิงเวียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก เป็นต้น
3. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนึกคิดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น คิดแบบสองฝักสองฝ่าย สับสน เสียสมาธิ ตัดสินไม่ได้ หดความสนใจและแรงจูงใจในสิ่งต่างๆ มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง มีความคิดทำลายตัวเอง และความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นต้น

4. มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ก้าวร้าว พุ่งพล่าน กระวนกระวาย ติดสารเสพติดต่อต้าน การตอบสนองช้า ฟังพหูอื่นมาก สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ร้องไห้ง่าย เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า

การเกิดโรคซึมเศร้า ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุและปัจจัยที่แน่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

1. ทางด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) จากการศึกษาสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนด้านพันธุกรรมพบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคอารมณ์แปรปรวน จากการศึกษาในฝาแฝด พบว่าในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสูงร้อยละ 33-99 และโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบ อัตราสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10-25 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถยืนยันได้ว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเหตุของการเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้า (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549)

1.2 ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง พบว่า แคทีโคลามีน (Catecholamine) และ ซีโรโทนิน (serotonin) มีปริมาณลดลง (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549)

1.3 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อได้แก่ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อ สารคอติซอล (cortisol) สูงมาก การมีภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของไฮโปทาลามิก พิทูอิทารีอะครินอลแอซิก(hypothalamic-pituitary-adrenal axic: HPA-axis) เพิ่มขึ้นทำให้ ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการนิวโรเจเนซิส (neurogenesis) และเดนไดรติก รีโมเดลลิง (dendritic remodeling) ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) เกิดการฝ่อลง หรือตายลง ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณลิมบิก ซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ พฤติกรรมทางเพศผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; ธรณินทร์ กองสุข, 2549)

1.4 ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือความไม่สมดุลของการกระจายสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์เศร้ารุนแรง ในช่วงเช้าตรู่ และมีอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2549)

2. ทางด้านจิตใจ

ทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับขบวนการของความคิดซึ่งเป็นขบวนการรับรู้ด้วยสติปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นเพื่อนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าจะมีขบวนการความคิดที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวก โดยคิดว่าตนเองด้อยค่า หดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว มักจะตีความ เหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดี และอนาคตไม่มีความหวัง (Beck, 1979)

3. ทางด้านสังคม

ปัจจัยทางด้านสังคมของการเกิดโรคซึมเศร้า สามารถสรุปได้ว่าเกิดจาก สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ไม่พึงพอใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง มีภาระงานมากเกินไป การสูญเสียพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก เป็นต้น (ธณินทร์ กองสุข, 2549) ในขณะที่ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2547) กล่าวว่า การถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจึงมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 3.3 เท่า กรมสุขภาพจิต (2551) กล่าวว่า บุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น คนที่มองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ คนที่หลีกเลี่ยงปัญหา คนที่เก็บกดอารมณ์ไม่กล้าแสดงออก

กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่สาเหตุทางด้านชีวภาพ เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง แคทีโคลามีน (Catecholamine) และซีโรโทนิน (serotonin) มีปริมาณลดลง มีความผิดปกติที่ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) เบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) มีความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน และพันธุกรรมก็เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ และสาเหตุทางด้านจิตใจ สังคม โดยผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าจะมีขบวนการความคิด มองตน มองโลก มองอนาคต ทางลบเป็นส่วนใหญ่ ใช้กลไกทางจิตไม่เหมาะสม ได้แก่ เก็บกด มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และได้รับผลกระทบจากการถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศ เป็นต้น

แนวทางการดูแลและรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ได้แบ่งแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ตามกระบวนการของกรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ดังนี้ คือ

1. แนวทางการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า
2. แนวทางการบำบัดและรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
3. แนวทางการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
4. แนวทางการติดตามส่งต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

1. แนวทางการคัดกรองและการประเมินโรคซึมเศร้า

1.1 การคัดกรอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคัดกรอง (Screening) หมายถึง การตรวจเพื่อค้นหาโรคที่ไม่ปรากฏอาการให้เห็น โดยการตรวจทางคลินิก ห้องปฏิบัติการ หรือการทดสอบ เพื่อแยกผู้ป่วยตามอาการแสดงของผู้ป่วย (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2540) จากการศึกษาพบว่าการคัดกรองหรือการค้นหาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพนั้น จะช่วยเพิ่มความแม่นยำ และเป็นข้อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิก (Pignone, 2002) การค้นหาคัดกรองที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเริ่มป่วยแล้วได้รับการรักษาในสถานบริการทันเวลาจะสามารถลดอัตราป่วยและอัตราการตายได้ นอกจากนี้ การคัดกรองจะเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่หากมีระบบการรักษาและการติดตามที่ดี (Alfred, 2002) ส่วนการแจ้งผลการคัดกรอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การแนะนำให้เข้ารับการรักษา การดูแลรายกรณี หากมีการคัดกรองแล้วแต่ไม่มีระบบการส่งต่อระบบการรักษา หรือระบบการติดตามที่ดีก็จะไม่เกิดประโยชน์ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

1.2 การประเมินโรคซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า มีมากมายหลากหลายแบบ แนวทางการเลือกใช้แบบประเมิน ให้อู่ที่เป้าหมายของการประเมินภาวะซึมเศร้าว่าจะประเมินใคร ค่าพารามิเตอร์เป็นอย่างไร ใครจะเป็นผู้ประเมิน (ชรินทร์ กองสุขและคณะ, 2550) และแบบการประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้บ่อยๆ มีดังต่อไปนี้

1.2.1 แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ของ เบค (Beck, 1967)

สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 (ลัดดา แสนสิงหา, 2536) มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ การให้คะแนนมี 4 ระดับ มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง ค่าความเที่ยง 0.93 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-IA ในปัจจุบันแปลและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

1.2.2 แบบทดสอบโรคซึมเศร้าในประชากรไทย [Health-Related Self-Reported (HRSR) Sacale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population] พัฒนาโดย ดวงใจ กสานติกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม แบบวัดหรือตอบด้วยตนเอง (self-report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, <http://www.google.co.th/search?hl=th&=30> มกราคม, 2011)

1.2.3 แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The Patient Health Questionnaire: PHQ-9) พัฒนาโดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1988) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ และเป็นที่ยอมรับใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาแปลเป็นไทยและภาษาอีสานโดย จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน และ คณะ (2549) มีคำถาม 9 ข้อ ค่าคะแนนของคำตอบมี 4 ระดับ “ไม่มีเลย” มีค่าเท่ากับ 0 “เป็นบางวัน” มีค่าเท่ากับ 1 “เป็นบ่อย” มีค่าเท่ากับ 2 “เป็นทุกวัน” มีค่าเท่ากับ 3 คะแนนๆ รวม 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ มีค่าคะแนนดังนี้ <7 คะแนน ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13-18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง > 9 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินนี้มีการนำมาใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป สัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีความสะดวกง่าย ใช้เวลาไม่นาน

1.2.4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (depression screening test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบคัดกรอง มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) mood component 2) cognitive behavior component 3) somatic component แบบคัดกรองมีคำตอบ ให้มี หรือไม่มี ความสะดวก ในการตอบคำถามใช้เวลาตอบ ประมาณ 5 นาที มีจุดเด่น คือ คำถามทั้งหมดมีการทดสอบภาษา และการสื่อความหมายว่า เข้าใจง่าย แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านการบอกความถี่หรือความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อประเมินประชากรไทย ที่อาจมีภาวะซึมเศร้าและรับบริการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้ในกลุ่มตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป

นอกจากการคัดกรองดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องมีการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามกระบวนการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาหรือข้อวินิจฉัยของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการให้ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และญาติ เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันผลเสียต่างๆ ที่จะเกิดตามมา (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; ภัทราภรณ์ พุ่มปั้นคำ, 2549) ดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ โดยมีการประเมินทางด้านร่างกาย การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ การประเมินทางด้านสังคมของผู้ป่วย ญาติ การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ

2) การวินิจฉัยการพยาบาล จากข้อมูลการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติ ซึ่งพยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะต่างๆ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบ 2) ผู้ป่วยพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัว 3) ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัย ของตนเอง เนื่องจากมีภาวะ ซึมเศร้า 4) ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 5) ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 7) ญาติของผู้ป่วยมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และ 8) ปัญหาอื่นๆ (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

3) การวางแผนการพยาบาล มีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว

การวางแผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การป้องกันอันตราย กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาดและปราศจากสิ่งกระตุ้นอยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว กิจกรรมการพยาบาลควรประกอบด้วย การประเมินระดับความเศร้า จัดสภาพการณ์ ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเองกิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย ให้การยอมรับพฤติกรรมที่เหมาะสมให้เวลาผู้ป่วยในการปรับตัว กระตุ้นสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเองโดย จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา กิจกรรม การพยาบาล ควรประกอบด้วย การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับจากอารมณ์เศร้า วิดกกังวล กลัวนอนไม่หลับ ดิ้น เข้ามืด ไม่ได้พักผ่อน เป็นต้น

การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วย เช่น การพัฒนาคุณค่าในตนเอง

สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วย ในการตัดสินใจ ในการกำหนด เป้าหมายการพยาบาลสนับสนุนการพูดและขยายความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม และดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วย ที่เป็นไปได้ และกระตุ้นให้ ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน กิจกรรมการพยาบาล ควร ประกอบด้วย การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบาย ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุน ในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2549; ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2549; พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2550; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549)

4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเศร้าตามแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้น หลักการที่สำคัญคือ การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้ง ในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้าง สัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ กระตุ้นและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความคับข้องใจ การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การ สอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการ คลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การให้คำปรึกษา เน้นการให้ คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึง การดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม การพัฒนาและการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟู ทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม และการแนะนำแหล่งบริการที่ สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาล ดังกล่าวทุกขั้นตอน พยาบาลต้องใช้เทคนิค และหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็น รายบุคคล โดยในระยะแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ดีตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่าง ดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกต ทบทวน และประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2550; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549)

5) การประเมินผลว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การประเมินผลการ พยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถาม เช่น ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกไหม ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีก

ใหม่ เมื่อเกิดความรู้สึกคิดทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากร และ บุคคลในครอบครัวบ้างใหม่ ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตน ที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการ เสรีหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้ใหม่ ผู้ป่วย พยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่ ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้าน สุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวก หรือไม่เพียงใด เป็นต้น (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2550; พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, 2550; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

2. แนวทางการบำบัดและรักษาผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา ด้านเศร้า การรักษาด้วยจิตบำบัด จิตสังคมบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พฤติกรรมบำบัด การ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยยาด้านเศร้า การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาด้านเศร้า จะต้องให้การ รักษาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่

2.1.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วย มาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ยาหลักที่ใช้ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ที่นิยมใช้ ได้แก่ ฟลู ออกซีทีน (fluoxetine) เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ รับประทานเกินขนาดไม่ทำให้เสียชีวิต เริ่มโดย ให้ขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 มื้อ หลังอาหารเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระวน กระวายหรือวิตกกังวลมากร่วมด้วยอาจให้ยาไดอะซีแพม (diazepam) 2 มิลลิกรัม รับประทาน เช้า- เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก หากมีอาการนอนไม่หลับ อาจให้ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) 10 มิลลิกรัม หรือยาไดอะซีแพม 2-5 มิลลิกรัม รับประทานก่อนนอน ในระยะนี้ ยา แก่ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มาก ควรเพิ่มขนาดยา ขึ้นถึง 40-60 มิลลิกรัม/วัน หากให้นาน 4 สัปดาห์แล้วยังไม่ตอบสนอง อาจเปลี่ยนเป็นยาแก้ซึมเศร้า ชนิดอื่น (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต, 2549)

2.1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีก ประมาณ 4 - 9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดกลับเป็นซ้ำได้สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์ จนหยุด การรักษา (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2.1.3 การรักษาระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกัน จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

2.2 การรักษาด้านจิตบำบัด จิตสังคมบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด มีดังนี้

2.2.1 การรักษาด้านจิตบำบัด เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ ชนิดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขการคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา การบำบัดรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

2.2.2 การรักษาด้านจิตสังคมบำบัด (psychosocial therapy) เป็นส่วนสำคัญของการรักษา มักใช้รักษาร่วมกับการรักษาด้วยยา และให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียวหรือรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ทุกด้าน มิใช่เพียงแคการรักษาด้วยยาเท่านั้น การรักษาด้าน จิตสังคม ประกอบด้วย กลุ่มบำบัด (Group therapy) การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) (Kaplan & Sodack, 1998)

2.2.3 การทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ได้รับการรักษาด้วยาร่วมกับการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล เปรียบเทียบกับการรักษาทางจิตอื่นๆ เพียงแบบเดียวทำให้อาการดีขึ้น (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550) นอกจากนี้การใช้เทคนิคทางปัญญา ได้แก่ การคิดทางบวก พยายามลืมอดีตที่เจ็บปวด สวดมนต์ หาทางแก้ไขความขัดแย้งอย่างมีเหตุผล และยอมรับได้ อดทน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอนาคต เป็นการจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยจัดให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ไม่มีเสียงดังรบกวนมาก แนะนำญาติเยี่ยมตามเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) และมีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ที่สะอาดปลอดภัย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่เตียงที่ใกล้กับที่ทำการพยาบาล เพื่อให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ควรให้อยู่ใกล้ประตู หน้าต่าง จัดเก็บอุปกรณ์ ของมีคม หรือสิ่งของต่างๆที่

ผู้ป่วยอาจจะใช้เป็นอาวุธเพื่อทำร้ายตนเองได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2549)

2.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล (Kaplan & Sodack, 2000)

3. แนวทางการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

แนวทางการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และญาติ โดยใช้แผนการจำหน่ายของผู้ป่วยในขณะที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย

การดูแลและส่งเสริมทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขอนามัย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมและให้การยอมรับผู้ป่วย ร่วมกับญาติกระตุ้นและส่งเสริมการดูแล สุขอนามัย ส่วนคนให้เหมาะสม สนใจที่จะดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำ หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า โดยมีการให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำญาติของผู้ป่วย ในการดูแลด้านสุขอนามัย ของผู้ป่วยทั้ง ขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจากกลับไปอยู่บ้าน โดยอธิบายให้ญาติเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยว่าในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่สนใจดูแลตนเองเนื่องจากเป็นภาวะของโรค ญาติจะต้องช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดเหมาะสมด้วยตนเองหลังจากนั้นให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจและจะได้อย่างต่อเนื่องต่อไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลไประยะหนึ่งประมาณ 1-2 เดือน อาการผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นแล้วจะมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2550; อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2549)

การแนะนำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหานอนไม่หลับได้ปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดี (sleep hygiene) จะช่วยส่งเสริมให้วงจรการนอนหลับ-ตื่น เกิดเป็นเวลาสม่ำเสมอมากขึ้น ได้แก่ การตื่นนอนให้เป็นเวลา และเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน ไม่ทำกิจกรรมอื่นใดบนเตียงนอน ยกเว้นการนอนและกิจกรรมทางเพศ ใช้เวลาบนเตียงให้น้อยที่สุดในแต่ละคืน ในกรณีที่เข้านอนแล้ว 10-15 นาที ยังไม่สามารถนอนหลับได้ไม่ควรพยายามนอนต่อไป ควรลุกไปจากเตียงหรือไปห้องอื่นเพื่ออ่านหนังสือเบาๆ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ เมื่อรู้สึกง่วงจึงกลับเข้านอนใหม่ ไม่ควรมีนาฬิกาบอกเวลาในห้องนอน ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงกาย หรือหนักสมองก่อนเข้านอนมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการเข้านอน เช่น อาบน้ำอุ่น ดื่มนม หรือน้ำผลไม้ อ่านหนังสือเบาๆ 10 นาทีก่อนเข้านอน งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน 6 ชั่วโมง และงดสุรา บุหรี่ เมื่อเวลาเข้า

นอนพยายามไม่จับหลับช่วงกลางวันมากเกินไป เพราะจะทำให้คืนนั้นไม่่วงนอน คุณภาพการนอนไม่ดีและออกกำลังกายเบาๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินยืดเส้นยืดสายก่อนเวลานอน 2-3 ชั่วโมง แต่หากออกกำลังกายหนักๆ ควรทำในช่วงเย็นๆ เท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยการประเมินภาวะทุพโภชนาการ ดัชนีมวลกายของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการให้ผู้ป่วยได้รับทราบและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาตามสภาพอาการ จัดอาหารเฉพาะโรคที่เพิ่มแคลอรี และคุณค่าทางโภชนาการให้กับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เช่น พาไปรับประทานอาหารบริเวณระเบียงนั่งเล่น มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากกลิ่นและเสียงรบกวน ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้มากขึ้นจนหมดถาด โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรง ชมเชย ให้ความเชื่อมั่น ญาติให้สามารถไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ การให้โภชนศึกษา สำหรับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ ได้แก่ 1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว 2) รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) รับประทานอาหารผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ 4) รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอสมควร 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด 8) รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (กองโภชนาการ, 2548; แสงโสม สีนะวัฒน์, 2551)

3.2 ด้านจิตใจ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการให้การพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย ตลอดจนมีแนวทางการป้องกันและการบำบัดรักษาจากการประยุกต์ความรู้ แนวคิดทั้งศาสตร์และศิลปะเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก (Stuart & Laraia, 2005) โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สู่ความเข้มแข็งทางใจ “มองโลกในแง่ดี” สำหรับผู้ป่วย ตามคู่มือจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2550) และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบจิตบำบัดรายบุคคล โดยใช้คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy) ตามขั้นตอนของการให้การบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2550) การสนทนากับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความ

ไว้วางใจและประเมินระดับความรุนแรง สังเกตสีหน้า แววตา ท่าทาง คำพูด การเคลื่อนไหวและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีท่าทีที่แสดงออกซึ่งความเอาใจใส่และเข้าใจผู้ป่วย ควรให้เกียรติผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลและยอมรับความช่วยเหลือมากขึ้น ไม่ควรใช้คำพูด น้ำเสียง และสีหน้าท่าทางในลักษณะตำหนิ คุกคาม ท้าทาย หรือทำทนาย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครเข้าใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น จนทำให้เกิด ความคิดอยากตาย หรือลงมือทำร้ายตนเองได้ ควร “รับฟัง” และควร “ให้คำแนะนำ” “ให้กำลังใจ” ในปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่า ระบาย ความรู้สึกนึกคิดหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ และควรแสดงความเต็มใจในการดูแลรักษาพยาบาล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพร้อมทักษะด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นโดยการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารกับบุคคลอื่น ได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดี (modeling) ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน มีการทักทายแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก ถามทุกข์สุข จนกระทั่งผู้ป่วยไว้วางใจ พูดโต้ตอบได้มากขึ้น โดยพยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นมิตร และจริงใจ สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ ไม่ตอบสนองต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมพูดด้วย พยาบาลก็ไม่แสดงอารมณ์โกรธกับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสื่อสารกันด้วยท่าทีที่เหมาะสม เช่น มองหน้า สบตา ข้อมูลในการสื่อสารต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ ไม่อ้อมค้อม สื่อสารกันด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ บอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองให้อีกฝ่ายได้รับทราบอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ผ่านผู้อื่นสร้างบรรยากาศแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น กระตุ้นหรือจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่าสามารถทำได้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ญาติ และบุคคลอื่นๆ

3.3 ด้านสังคม

การดูแลทางด้านสังคมเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรมีการพบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้งเพื่อให้ทราบถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในมุมมองของญาติหรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งญาติอาจมีมุมมองที่ต่างออกไปจากผู้ป่วย การได้ทราบข้อมูลหลายๆ แหล่งเช่นนี้ จะทำให้ผู้รักษาพยาบาลประเมินผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และสามารถให้ข้อมูลกับญาติได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิต, 2549)

3.4 ด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือความต้องการสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกสมบูรณ์ ทั้งความต้องการความหมายและเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ต้องการความรัก ความผูกพัน การให้อภัย และความต้องการความหวัง

3.4.1 พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วย ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย แสดงออกถึงความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรัก ความจริงใจ และทำให้เกิดความหวังในชีวิต (Barry, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักมีความรู้สึกเบื่อ หรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง มีความกลัว วิตกกังวลและสมาธิเสีย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

3.4.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ ได้มีการปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติต่อกัน ด้วยความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน (บุปผา ขอบใจ, 2543)

3.4.3 พยาบาลต้องมีความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ (McBride, 2002) ซึ่งผู้ป่วยต้องการให้ตนเองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วย (Clark, Drain, & Malone, 2002) การบอกความจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อการพยาบาลที่ได้รับและช่วยให้คำแนะนำสำหรับการตัดสินใจ

3.4.4 พยาบาลช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้มีความหวังที่เหมาะสม ในบรรยากาศที่รู้สึกปลอดภัย และสามารถเกิดความไว้วางใจในผู้รักษา (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545) ซึ่งสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การเพาะความหวังให้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังในชีวิต (Varcariolis, 2002)

3.4.5 กระทำความชัดเจนเกี่ยวกับระบบคุณค่าและระบบความเชื่อ ร่วมกับผู้ป่วยว่า สิ่งใดเป็นสิ่งที่มีความค่า และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนาน มีความหวัง และพบสิ่งที่มีความหมายในสถานการณ์ปัจจุบัน

4. แนวทางการติดตามส่งต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

4.1 การติดตามส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ในรายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูนั้น มีการประสานและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโดยมีญาติหรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับทีมผู้ดูแลเป็นการคงไว้ซึ่งการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การนัดมารับการรักษาที่โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น (Shives, 2005) ซึ่งมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน แบ่งออกเป็นการดูแลในแต่ละด้าน มีเนื้อหาครอบคลุมดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

1. ให้การดูแลด้านการได้รับอาหารและสารน้ำที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ การช่วยเหลือการทำกิจกรรม ตามความจำเป็น ดูแลให้ผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสุราและการใช้สารเสพติด (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)
2. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ญาติควรดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ระวังของมีคมหรือวัตถุมีพิษหรืออุปกรณ์ประเภทเชือก เพราะอาจกลายเป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตัวเองได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)
3. ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล ให้การดูแลโดยใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้อยู่ตามลำพังนานเกินไป (กรมสุขภาพจิต, 2547)
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาอาการทางจิตด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2547)
5. การสังเกตอาการผิดปกติ หรือสัญญาณเตือน (Warning Sign) ดังนี้คือ การแยกตัวจากเพื่อนฝูงและครอบครัว คิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหา มีการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ไม่สนใจการแต่งกายตนเอง หมกมุ่นเรื่องการตาย วิธีตาย หรือคิดถึงเรื่องตาย เขียนบรรยายหรือแต่งกลอนเกี่ยวกับการตาย มีพฤติกรรมอันตรายที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ มีการสะสางงานที่ยังค้างค้างหรือยังไม่เสร็จ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็วหลังมีความเครียด หรือเศร้าเป็นเวลานาน ในวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องผลการเรียนลดลง

ด้านจิตใจ

เพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจ ในครอบครัวที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือสัมพันธภาพส่วนบุคคล ญาติควรได้รับการพัฒนาทักษะก่อน โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและระบายความรู้สึกกับญาติได้ ตลอดจนญาติสามารถดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจได้อย่างต่อเนื่อง และส่งต่อได้กรณีต้องการความช่วยเหลือ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ด้านอารมณ์สังคม

ญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงชุมชน ควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาด้านสัมพันธภาพ แทนการแยกตัว ชุมชนก็ควรยอมรับและไม่แสดงทรศนะด้านลบ ครอบครัวและชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสร้างความรัก ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทรกัน จะช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยการร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่นดนตรี กีฬา หรืองานที่ชอบ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ด้านจิตวิญญาณ

มิติด้านจิตวิญญาณหรือความคิดความเชื่อของบุคคล มีอิทธิพลอย่างต่อเนื่องต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกภายนอก มองชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนีดตนเองต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) กิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านความเชื่อทางศาสนา เช่น 3 อำเภอในจังหวัดลำพูน ได้มีการนำกิจกรรมทางศาสนาไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ อำเภอบ้านธิ ส่วนที่อำเภอบ้านโฮ่ง ใช้การฝึกสมาธิจิตบำบัด และกิจกรรมบิณฑบาต ความทุกข์ของ พระสงฆ์ ที่อำเภอแม่ทา (บุษบา อนุศักดิ์, 2547)

4.2 การประสานงานการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อในระหว่างหน่วยงาน เช่นแนวทางปฏิบัติในการส่งผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าพบพยาบาลจิตเวช ระหว่างหน่วยงาน เช่น การประสานข้อมูลเรื่องการดูแลกันระหว่างงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลสุขภาพจิต

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

ได้มีผู้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้หลายความหมาย ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) หมายถึง การแยกแยะทางความคิดหรือทางวัตถุของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้เห็นองค์ประกอบ หรือแยกแยะเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆที่ทำให้เกิดสิ่งนั้น (<http://lumpangfamily.multiply.com/reviews/item/>, วันที่ 24 ธันวาคม 2551)

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาระบบองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่าทำไมจากอะไร มีองค์ประกอบอะไรเกิดขึ้นมาได้อย่างไรเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เกี่ยวกับการศึกษาการตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริงอันนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินตัดสินในเรื่องนั้นๆ

พจนานุกรม ฉบับดลองแมน คอนเทมพอราลี (Longman contemporary dictionary) ในอีกความหมายหนึ่ง กล่าวว่า สถานการณ์ (Situation) หมายถึง การร่วมกันของสภาวะการณ์ในช่วงเวลาที่กำหนดในความความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และในอีกความหมายถึงซึ่ง

เป็นคำ คุณศัพท์คือ จากหรือที่เกี่ยวข้องกับสถานะของสิ่งหนึ่งในความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม ส่วนการวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง การสำรวจจากส่วนที่เป็นส่วนประกอบ โดยรวมของทั้งหมด และความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดภาพรวมของเหตุการณ์นั้น ๆ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงสถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situational Analysis) ว่าเป็นการให้ความหมายเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มาหรือสาเหตุ ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาโครงสร้างกระบวนการ ผลลัพธ์ ของคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ เป็นการแสวงหาหรือสำรวจคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกโดยมีกรอบแนวคิดบอกถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ (Donabedian, 2003)

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกในสถานที่หรือหน่วยงานแห่งใดแห่งหนึ่ง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาว่ามียังมีองค์ประกอบใดบ้าง มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่ออธิบายภาพรวมของสถานการณ์ เพื่อหาข้อสรุป หรือความจริงนำไปสู่การตัดสินใจในการแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีหลายรูปแบบ แบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ตามทฤษฎีกราวด์เต็ด (grounded theory) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจนเกิดภาวะอิ่มตัว ใช้เวลานาน การเก็บข้อมูลมี 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์ปัญหา (situation map's) บริบททางสังคม (social map's) ตำแหน่งปัญหา (position map's) หลักสำคัญสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ เวลา สถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุการณ์นั้น (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551) ในขณะที่ อนันต์ พันนึก (2552)กล่าวว่า ทฤษฎีกราวด์เต็ด เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่เป็นไปตามปรากฏการณ์จริงมากที่สุด ถูกค้นพบพัฒนาและได้รับการตรวจสอบจากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างเป็นระบบ กระบวนการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆ กันข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ให้

รายละเอียดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคมในเรื่องที่ศึกษาอย่างรอบด้าน (<http://gotoknow.org/blog/25-06/172706>, วันที่ 24 พฤศจิกายน 2552)

2. การวิเคราะห์สถานะแวดล้อม (SWOT analysis) เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์ สำหรับองค์กร หรือโครงการ ซึ่งช่วยผู้บริหารกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อนจากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาสและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนผลกระทบที่มีศักยภาพจากปัจจัยเหล่านี้ต่อการทำงานขององค์กร เป็นกลยุทธ์สำคัญและจำเป็นขององค์กรในการทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (นันทิยา หุตานุวัตร และ ณรงค์ หุตานุวัตร, 2545) คำว่า "สวอต" หรือ "SWOT" นั้นมาจากตัวย่อภาษาอังกฤษ 4 ตัว ได้แก่ S มาจาก Strengths หมายถึง จุดเด่นหรือจุดแข็ง ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน เป็นข้อดีที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบริษัท เช่น จุดแข็งด้านส่วนประสม จุดแข็งด้านการเงิน จุดแข็งด้านการผลิต จุดแข็งด้านทรัพยากรบุคคล ส่วน W มาจาก Weaknesses หมายถึง จุดด้อยหรือจุดอ่อน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน เป็นปัญหาหรือข้อบกพร่องที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในต่างๆ ของบริษัท ซึ่งบริษัทจะต้องหาวิธีในการแก้ปัญหา นั้น ส่วน O มาจาก Opportunities หมายถึง โอกาส ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก เป็นผลจากการที่สภาพแวดล้อมภายนอกของบริษัทเอื้อประโยชน์หรือส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กร โอกาสแตกต่างจากจุดแข็งตรงที่โอกาสนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก แต่จุดแข็งนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายใน นักการตลาดที่ดีจะต้องแสวงหาโอกาสอยู่เสมอ และใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้น และสุดท้าย T มาจาก Threats หมายถึง อุปสรรค ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งธุรกิจจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การตลาดให้สอดคล้องและพยายามขจัดอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ได้จริง

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินผลโครงการ แบบชิป โมเดล (CIPP Model) ตามแนวคิดของสตัฟเฟิล บีม (Stuffle beam, 1971) เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยป้อน กระบวนการ และผลผลิต (context, input, process and produce) โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการทั้งภาพรวมหรือรายปัจจัยเป็นสำคัญ ซึ่งพออธิบายได้ ดังนี้

3.1 การประเมินด้านบริบท หรือการประเมินเนื้อความ (context evaluation) เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายของโครงการ ได้แก่ บริบทของสภาพแวดล้อม นโยบาย วิสัยทัศน์ ปัญหา แหล่งทุน สภาพความผันผวนทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจนแนวโน้มการก่อตัวของปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ เป็นต้น

3.2 กระบวนการปัจจัยป้อน (input evaluation) เพื่อค้นหาประสิทธิภาพขององค์ประกอบมาเป็นปัจจัยป้อน เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ ทรัพยากร ศักยภาพการบริหารซึ่งแต่ละปัจจัยก็

จำแนกย่อยออกไปได้อีกเช่น บุคคล เพศ อายุ มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ และความคาดหวัง ทักษะ ความสามารถ เป็นต้น

3.3 การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการศึกษาต่อจากการประเมินบริบทและปัจจัยป้อนว่ากระบวนการเป็นไปตามที่วางแผนไว้ เป็นการศึกษาค้นหาข้อบกพร่องหรือจุดอ่อน จุดแข็งของกระบวนการ บริหารจัดการโครงการที่จะนำโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

3.4 การประเมินผลิตภัณฑ์ (product evaluation) เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโครงการ โดยเฉพาะความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับผลลัพธ์ที่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไปตัดสิน เกณฑ์มาตรฐานนั้น อาจกำหนดขึ้นเองหรืออาศัยเกณฑ์ที่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นกำหนดไว้

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินคุณภาพการดูแล ตามกรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่า ในองค์ประกอบดังกล่าวไม่สามารถก่อให้เกิดคุณภาพโดยลำพัง แต่หากมีโครงสร้างที่ดี มีกระบวนการที่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้าง มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการก็มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียด แต่ละองค์ประกอบดังนี้

4.1. โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ความพอเพียงของทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นปัจจัยหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการ มีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ความพอเพียงของ งบประมาณ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ สถานที่ คู่มือมาตรฐาน การประสานงาน เพื่อใช้ในการบริการดูแลสุขภาพ

ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ความพอเพียงของ จำนวน ความสามารถ และการพัฒนาบุคลากร ด้านสุขภาพ

ลักษณะการจัดการองค์กร ได้แก่ สถานะของโรงพยาบาล รวมถึง รูปแบบการจัดการ การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน การนำเสนอผลงานการสอน และการวิจัย ชนิดของผู้ตรวจการ และการแสดงผลการทบทวนเครื่องมือในการดูแล

4.2. กระบวนการ (Process) หมายถึง เทคนิคการดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้รับบริการใช้เทคนิคหรือกิจกรรมมาดูแลสุขภาพผู้ป่วย หรือครอบครัว รวมถึงการ

วินิจฉัยโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การให้ความรู้ ขึ้นอยู่กับระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากรการช่วยเหลือด้านอื่นๆ รวมถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

4.3. ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง สถานะสุขภาพของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ ในปัจจุบันหรือในอนาคต ทั้งที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์ ในรายบุคคล และในกลุ่มประชาชน เป็นผลที่เกิดจากได้รับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือครอบครัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินคุณภาพการดูแลตามกรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการศึกษาถึง โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ของคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน มีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2544) กล่าวว่า โครงสร้างที่ดีนั้นจะช่วยชี้นำเชื่อมโยงให้มีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมาย และทำให้เกิดความต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการรวบรวมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์

ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษามากที่สุด และน่าเชื่อถือมากที่สุด การเก็บข้อมูลหลายวิธีการร่วมกัน (multi-method) ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัดแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจะขอกล่าวเฉพาะวิธีการที่เลือกใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ (Interview) แบบสอบถาม (Questionnaire) การสังเกตการณ์ (Observation) และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สรุปพอสังเขปได้ดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีการที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะ การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์เผชิญหน้าและมีปฏิสัมพันธ์กัน การสัมภาษณ์จำเป็นต้องใช้ศิลปะและทักษะการสัมภาษณ์ จึงควรได้รับการอบรมทักษะการสัมภาษณ์ และ ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติและฝึกซ้อมวิธีการสัมภาษณ์ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547) ในขณะที่ ชีรพงษ์ แก้วนางษ์ (2546) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) มีการสนทนากันระหว่างผู้ให้

สัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์ เป็นการถามตอบกันโดยตรง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจสามารถถามซ้ำและทำความเข้าใจจนชัดเจนได้ทันที เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ถามและผู้ตอบ การสัมภาษณ์

การจำแนกการสัมภาษณ์

1.1 จำแนกตามกลุ่มผู้สัมภาษณ์ ได้ดังนี้

1.1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน ดังนี้

การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์ที่นิยมใช้มากที่สุดโดยผู้สัมภาษณ์ทีละคนซักถามกันจนเป็นที่พอใจ แล้วจึงสัมภาษณ์คนต่อไป การสัมภาษณ์แบบนี้จะมีความเป็นอิสระและมีความเป็นส่วนตัวมาก (ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์, 2546)

การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นการคุยระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ (กรแก้ว จันทรภาษา, 2550)

การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้รู้ และมีประสบการณ์ในประเด็นที่สัมภาษณ์ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงโดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถามเพื่อให้ผู้อยู่ในขอบข่ายตามประเด็นที่ศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

1.1.2 การสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Group interviews) มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

การสัมภาษณ์รายกลุ่ม เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์พร้อมกัน ในเวลาเดียวกันครั้งละหลายๆ คน โดยที่ทุกคนตอบคำถามเดียวกันหมด ฉะนั้นคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์บางคน จึงอาจถูกชักนำจากคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นได้ (ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์, 2546)

การสัมภาษณ์กลุ่ม เป็นเทคนิคของการเชิญคนมาเข้าร่วมสัมภาษณ์มีดังนี้คือ ควรเชิญจำนวนคนให้มีจำนวนมากกว่าที่ต้องการประมาณ 2 คน เพื่อเป็นการสำรองเอาไว้ให้ได้จำนวนคนตามที่ต้องการ (Morgan, 2009)

1.2 จำแนกตามลักษณะการสัมภาษณ์

1.2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ตามรายการคำถาม ซึ่งได้จัดเรียงลำดับคำถามไว้แล้ว แต่อาจจะปรับคำพูดหรือสำนวนถ้อยคำตามความเหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคล โดยยังคงความหมายเดิมไว้ทุกประการ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอาจใช้คำถามปลายปิดหรือปลายเปิดหรืออาจผสมผสานทั้งสองแบบก็ได้

1.2.2 การสัมภาษณ์โดยไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

คำถามที่ใช้เป็นคำถามกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ มีดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการสัมภาษณ์ ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวางแผนการสัมภาษณ์ คือ แนวคำถาม กำหนดเวลาและนัดหมาย เตรียมเครื่องบันทึกเสียง อุปกรณ์การจดบันทึก
2. การเริ่มสัมภาษณ์ ได้แก่ การแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศ บอกวัตถุประสงค์ จดบันทึก หรืออัดเสียงโดยแจ้งให้ผู้สัมภาษณ์ทราบ
3. การสัมภาษณ์โดยการใช้แนวคำถามที่เตรียมมาใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ และปรับคำถามให้เหมาะสมกับเวลา เป็นการสื่อสารสองทาง (two ways)
4. การบันทึกข้อมูล และสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ รับประทานอาหาร บันทึกรายละเอียดหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ หากไม่สมบูรณ์สัมภาษณ์เพิ่มเติมให้ครบถ้วน

2. การใช้แบบสอบถาม (questionnaire) แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ทักษะคิด ความคิดเห็น มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันดังต่อไปนี้ คือ

แบบสอบถาม คือชุดของคำถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงปริมาณทางสังคมศาสตร์ ซึ่งมีข้อดี คือ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้ตอบมีอิสระในการตอบคำถามเป็นมาตรฐานเดียวกัน สะดวกในการรวบรวมข้อมูล มีหลักฐานข้อมูลเก็บไว้ตรวจสอบได้ (วัฒนา สุนทรชัย, 2549)

แบบสอบถาม เป็นเทคนิคที่นิยมนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบบสอบถามมี 2 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิด (closed ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบสำหรับให้เลือกตอบ อาจเป็นการเติมคำหรือข้อความสั้นๆ และแบบสอบถามปลายเปิด (open-ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่ไม่ระบุหรือกำหนดคำตอบสำหรับผู้ตอบเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ นอกจากนี้ยังนิยมนำมาใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการให้มีการแสดงความคิดเห็นในลักษณะกว้างๆ แล้วนำวิเคราะห์สร้างแบบสอบถามปลายปิด (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

3. การสังเกตการณ์ (observation) ชีรพงษ์ แก้วนางษ์ (2546) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์หรือปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นการค้นหาพฤติกรรม เพื่อให้รู้ว่ามนุษย์คิดอะไร ทำอะไร โดยการเฝ้าดูการกระทำของเขาซึ่งได้แสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ และในการทำกิจกรรม การสังเกตเป็นการเฝ้าดูพฤติกรรมโดยตรงที่สำคัญมาก ในขณะทำงานกองทุนวิจัย (2549) กล่าวว่า การสังเกตมีหลายประเภท เช่น การสังเกตแบบเป็นทางการกับไม่เป็น

ทางการ (formal and informal observation) การสังเกตแบบมีโครงสร้างกับแบบไม่มีโครงสร้าง (structured and unstructured observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับแบบไม่มีส่วนร่วม (participant and non participant observation)

4. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียน สรุปข้อมูล ตัวชี้วัด เป็นต้น

สรุปได้ว่า ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ มีการเก็บข้อมูลหลายวิธีการร่วมกัน (Multi-method) โดยผู้ศึกษาเลือกใช้วิธีการในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์ แบบสอบถาม การสังเกตการณ์ และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาและน่าเชื่อถือมากที่สุด

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสะเมิง อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ห่างจากโรงพยาบาลนครพิงค์ (รพท.) และโรงพยาบาลสวนปรุง (โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต) ประมาณ 45 กิโลเมตร ตั้งอยู่เลขที่ 191 หมู่ที่ 10 ตำบลสะเมิงใต้ อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดเชียงใหม่ มีระยะทางห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ประมาณ 45 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 13 ไร่ มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 24,686 คน ประกอบด้วย 5 ตำบล 46 หมู่บ้าน 5694 หลังคาเรือน เครื่องมือช่วยบริการสุขภาพ 6 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 107 คนประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมทำนา ทำสวนผัก ผลไม้ และอาชีพรับจ้างใช้แรงงานในเขตอำเภอใกล้เคียง โรงพยาบาลสะเมิง มีโครงสร้างการบริหารแบ่งเป็น 7 ฝ่าย/งาน มีเจ้าหน้าที่ข้าราชการจำนวน 107 คนประกอบด้วย แพทย์จำนวน 3 คน ทันตแพทย์จำนวน 1 คนเภสัชกรจำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 26 คน ลูกจ้างจำนวน 50 คน สำหรับงานสุขภาพจิตมีสายบังคับงานขึ้นอยู่กับกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ในด้านข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลสะเมิงนั้น ด้วยบริบทเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีการให้บริการให้การดูแลรักษาปัญหาภาวะเจ็บป่วยทางกายต่างๆ ไปที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ บทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสะเมิงจะสามารถดูแลเฉพาะผู้ป่วยได้ตามอาการที่ไม่ซับซ้อน ในอดีตผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเกือบทั้งหมดจะส่งผู้ป่วยให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่ง

ในการศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าเนื่องจากมีสถิติ 3 ปี ย้อนหลัง มีผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า มีการพยายามฆ่าตัวตายสูงและมีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลสระเมิง, 2553)

จากสถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่ามีผู้ที่มิภาวะทางสุขภาพจิตเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต จำนวน 100, 115 และ 126 ราย ตามลำดับ มีผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าเข้ารับบริการ จำนวน 20, 25 และ 29 รายตามลำดับ พบว่ามีสถิติสูงขึ้นจากเดิม คิดเป็นร้อยละ 20, 21.73 และ 23.02 ของผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพจิตตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคซึมเศรารายเก่าเข้ารับบริการ จำนวน 17, 21 และ 25 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 85, 84 และ 86.20 ราย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ตามลำดับ สถิติการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 4, 5 และ 7 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20, 20 และ 24.13 ราย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ตามลำดับ มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เท่ากับ 31.6, 38.6 และ 33.42 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 11, 3 และ 5 ราย ตามลำดับ (สาเหตุจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอื่น ๆ ร่วมกัน) พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 34.32, 21.44 และ 28.1 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 7, 1 และ 4 ราย ตามลำดับ คิดเป็น 29.16, 4.16 และ 16.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลสระเมิง, 2553) จากข้อมูลดังกล่าวจัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอสระเมิง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างค่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลสระเมิงได้นำนโยบายของกรมสุขภาพจิต มาเป็นแนวทางปฏิบัติงาน (คู่มือแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต, 2549) โดยจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติงานซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 โดยในด้านโครงสร้างมีการจัดทำแผนงานประจำปีงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำ “โครงการพัฒนาระบบผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแบบบูรณาการ” มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย แกนนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง ดูแล และติดตามผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่องครบวงจร และเพื่อเพิ่มศักยภาพของสถานบริการระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหา โดยการพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้แกนนำชุมชน ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ครูอนามัย ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน ตำรวจชุมชนสัมพันธ์

เพื่อเป็นเครือข่ายในพื้นที่เฝ้าระวัง และช่วยเหลือส่งต่อผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

นอกจากการแก้ไขดังกล่าวข้างต้นแล้ว มีการดำเนินการด้านโครงสร้าง ดังนี้ คือ 1) ส่งผู้รับผิดชอบงานไปศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตร 4 เดือน 1 คน ในปี พ.ศ. 2551 และศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อีก 1 คน ในปี พ.ศ. 2552 เพื่อนำองค์ความรู้มาดูแลแก้ปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่ 2) มีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรในเครือข่าย และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2552 มีกิจกรรมการดำเนินการ ดังนี้ คือ ส่งแพทย์เข้ารับการอบรมแนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า จัดทำแนวทางการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ชนิด 2Q และ 9Q มาใช้ แทนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับแกนนำชุมชนเพื่อให้ไปดำเนินการค้นหาคัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ด้านกระบวนการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2553 ได้ดำเนินงาน ดังนี้คือ 1) การค้นหาคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) มีคลินิกสุขภาพจิตสำหรับให้บริการคำปรึกษา จัดบำบัดรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รักษาด้วยยาต้านเศร้าโดยแพทย์ 3) มีการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา 2 สัปดาห์ และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน 4) มีการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช กรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลสะเมิงนั้น ได้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้ การให้ข้อมูลข่าวสาร การรักษาพยาบาล ตลอดจนติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปตามคู่มือแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลสะเมิง, 2553) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาต่างๆ ยังคงอยู่ จึงเป็นการสมควรที่จะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาดังกล่าว อันจะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสะเมิงจังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน คือ หากมีโครงสร้าง กระบวนการดูแลที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดย

ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญดังกล่าวก่อนแล้วข้างต้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต สูญเสียทรัพยากร และค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นจำนวนมาก ผลที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้ศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงอย่างครอบคลุม ช่วยให้ผู้ศึกษาเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและนำไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสะเมิง อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการ สูงขึ้นจากเดิม สถิติการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน แม้ว่าจะได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เช่น นโยบายของกรมสุขภาพจิต มาเป็นแนวทางปฏิบัติงาน การศึกษาอบรมเพิ่มเติม เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้รับผิดชอบงาน การจัดทำโครงการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรในเครือข่าย และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จึงต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการบริการ และผลลัพธ์ ว่าจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างไร โดยหาความสัมพันธ์ เชิงเหตุผล การสืบค้นหาความจริง เพื่อนำไปสู่การหาข้อสรุป ให้ได้ข้อมูลครอบคลุมถึงปัจจัยในการดูแล โดยรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต นำเสนอผลการวิเคราะห์ และเขียนผังสถานการณ์ แล้วนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ของโรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น