

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง ที่ได้รับขณะอยู่เฝ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้ศึกษากำหนดขอบเขต การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. โรคจิตเภท และการรักษาพยาบาล
2. การดูแลแบบญาติมีส่วนร่วม
3. การบริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วมโรงพยาบาลสวนปรุง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่ได้รับการกล่าวถึง มานานนับร้อยปี ในระยะแรกใช้คำว่า “Dementia Praecox” ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ เจน บูลเลอร์ (Eugen Bleuler) ได้ใช้คำว่า Schizophrenia (schism + phrenia = split+ mindness) แทน ซึ่งหมายถึงการแตกแยกของจิตใจ (ไพร์ตัน พุกยชาติคุณากร, 2534) ในประเทศไทย นายแพทย์อาร์ แสงสว่างวัฒนะ ได้ตั้งชื่อว่า โรคจิตเภท มาจากคำว่า จิต + เกท คำว่า เกท แปลว่า แยกแยก หรือทำลาย ฉะนั้นโรคจิตเภทจึงแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย (มานิต ศรีสุรงานนท์ และจำลอง ดิษยณิข, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติที่มีลักษณะอาการต่าง ๆ เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน มีความแตกแยกของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ โดยไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไปอย่างน้อย 2 อาการเป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; American Psychiatric Association, 1994)

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) กลุ่มอาการด้านบวกแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอด สำหรับกลุ่มอาการด้านลบเป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น พูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย อาจนั่งเฉยทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่กล้าแสดงออก เป็นต้น ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบมีการพบในระยะหลังของการดำเนินโรค

ระบาดวิทยา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อย ความชุกชั่วชีวิต ประมาณร้อยละ 0.5-1 มีอัตราเกิดโรคประมาณ 1:10,000 ต่อปี อัตราการเกิดโรคสูงถึง ร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1997) ส่วนมากเริ่มมีอาการหรือพบมากในกลุ่มของวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพศชายและเพศหญิงพบได้เท่า ๆ กัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) โดยที่เพศชายจะเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าผู้หญิง (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531) อุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี ในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบในช่วง 25-35 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอายุระหว่าง 15-55 ปี การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อนอายุ 10 ปี หรือหลังจากอายุ 50 ปีไปแล้วพบน้อยมาก ความชุกของโรคจิตเภทจะสูงในชนชั้นที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์, พันธศักดิ์ วราอัศวปติ, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี, 2536) ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ร้อยละ 1-1.5 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; Kaplan & Sadack, 1998)

สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า มีเหตุปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ (ไพรัตน์ พลุกษชาติคุณากร, 2534; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor)

ปัจจัยทางชีวภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factor) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพันธุกรรมพบว่าญาติของผู้ที่เป็นจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เช่น คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ถึงร้อยละ 40-50 คู่แฝด ไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 8-12 บุตรที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นร้อยละ 40 บุตรที่มีบิดาหรือมารดาที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 12 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีบิดาแท้เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีบิดามารดาแท้ไม่ได้ป่วยด้วยโรคจิตเภท (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; Kaplan & Sadock, 1997)

1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่น

1.2.1 สมมติฐานของโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากการที่สารโดปามีน (dopamine) ทำงานมากเกินไปแต่กลไกการทำให้เกิดโรคก่อนข้างซับซ้อนยังไม่สามารถอธิบายได้ (มานิต ศรีสุรงานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542)

1.2.2 สมมติฐานของสารนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine hypothesis) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีสารนอร์อีพิเนฟรินมากกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

1.2.3 สมมติฐานของซีโรโตนิน (serotonin hypothesis) สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโตนินกับโดปามีน โดยพบว่าอาการชนิดบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดปามีน ส่วนอาการชนิดลบสัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของซีโรโตนิน

2. ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors)

ทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยเฉพาะในขวบปีแรกจะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้น จนกลายเป็นพยาธิสภาพและพัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536 ; Taylor, 1994)

3. ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐานะต่ำ เชื่อว่าเศรษฐานะต่ำเป็นผลหลังจากการเป็นโรคทำให้ยากจนลงมากกว่าที่โรคจะเกิดจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะต่ำอยู่แล้ว (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534)

กล่าวโดยสรุปสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่างรวมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจดังกล่าว และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพโน้มเอียงไปในทางที่จะเจ็บป่วยอยู่แล้วคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไวใจบุคคลอื่น หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่าย (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) และจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างมาก โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้น แต่โอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำก็มีเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล และเกรียงไกร แก้วพณีกรังยี, 2536) โดยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรักษา สภาพแวดล้อม เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

โรคจิตเภทจะพบความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานิช หล่อตระกูล, 2543) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน อาการแสดงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; มานิช หล่อตระกูล, 2543) กลุ่มอาการด้านบวกแสดงออกในด้านผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด สำหรับกลุ่มอาการด้านลบเป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรมี เช่น พูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย อาจนั่งเฉยทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่กล้าแสดงออก ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของการดำเนินโรค

นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มย่อยของผู้ป่วยจิตเภทตามลักษณะอาการเด่น สามารถแบ่งได้ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1. ชนิดคาทาโทนิค (catatonic type) มีอาการเด่นคือ ความผิดปกติอย่างมากในเรื่องของการเคลื่อนไหว มีการต่อต้านอย่างมากหรือไม่พูด มีการเคลื่อนไหวมากหรืออย่างไร้จุดหมาย หรืออยู่ในท่าเกร็ง หรืออยู่ในท่าแปลก ๆ

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) มีอาการเด่นคือ การพูดแบบไม่มีระเบียบ แบบแผนอารมณ์ราบเรียบ / ไม่เหมาะสม โดยไม่มีอาการอื่นของชนิดหวาดระแวง หรือชนิดคาทาโทนิค (catatonic type)

3. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) มีอาการเด่นคือ หลงผิดและ/หรือประสาทหลอน ซึ่งจะพบบ่อยทางหู เช่น ได้ยินเสียงคนจะทำความร้าย และมีอารมณ์ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตร่วมกับอาการทั่ว ๆ ไปของโรคจิตเภท คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

5. ชนิดอาการหลงเหลือ (residual type) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนแต่ไม่รุนแรง เช่น อารมณ์ที่อึด การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมแปลก ๆ หากผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่อาการดังกล่าว ทั้งสองต้องไม่เด่นชัด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยผู้เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Forth Edition [DSM-IV]) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542) ประกอบด้วย

1. ลักษณะอาการมีอย่างน้อยสองอาการต่อไปนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าได้รับการรักษา) คือ การหลงผิด ประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน (disorganized speech) พฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน หรืออาการชนิดลบ เช่น อารมณ์ราบเรียบ การพูดน้อย การเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม ขาดความสนใจในการทำงาน การเรียน แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

2. ระยะเวลามีอาการนานกว่า 6 เดือน

3. ไม่เข้ากับโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective) และโรคอารมณ์แปรปรวน(mood disorder)

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม โดยทั่วไปบอกได้ยากว่าอาการผิดปกติเริ่มตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลิยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการโรคจิต โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความคิดสับสน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย มีความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง มีความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย ความรู้สึกไม่เป็นมิตร

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้อยคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาการประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก บางครั้งอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราวโดยพบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเป็นเพียงครั้งเดียวแล้วหาย หรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนมีอาการป่วยแต่พบได้น้อย พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการกำเริบทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น บางคนเป็น ๆ หาย ๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

การรักษาพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะหลงเหลือ

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการผิดปกติที่หลงเหลืออยู่นั้นเป็นระยะหลงเหลือของโรค และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือจากผู้ดูแล ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาในระยะนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2541ข) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมให้การดูแลที่บ้านดังนี้

1. ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถ ที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ดูแล ประกัษารื้อและตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการดูแล วางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Laitine & Isola, 1996)

2. การให้สุขภาพจิตศึกษา ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ และการดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย (Chesla, 1996 ; Townsend, 2000)

2.1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของโรค อาการแสดงและการรักษาพยาบาล โดยทั่วไป

2.2 วิธีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหและการตัดสินใจ

3. การให้การสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจ โดยวิธีให้การปรึกษา ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและให้ความสำคัญกับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล ปัจจุบันมักใช้กลุ่มระดับประคอง (support group) เพราะผู้ดูแลจะมีโอกาสเปิดเผยความรู้สึกอย่างมาก ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลระหว่างกัน การช่วยเหลือทางการเงิน การช่วยเหลือทางกฎหมาย การจัดกลุ่มระดับประคองสำหรับผู้ดูแล การให้บริการดูแลชั่วคราว (respite care) และบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care)

4. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายสูงสุดของการรักษา นั่นคือ การป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้การพยาบาลทางจิตเวชมีความสมบูรณ์ เนื่องจากการวางแผนที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาใน 3 ด้าน ด้านแรก คือ การพัฒนาด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนากระบวนการคิด การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และความสามารถในการควบคุมอาการแสดงของโรค ด้านที่

สองคือ การพัฒนาด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและสุดท้าย คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางด้านการผลักดันให้เข้าถึงแหล่งเงิน และสิทธิตามกฎหมาย ซึ่งการจะพัฒนาทั้ง 3 ด้าน ให้สำเร็จได้ ทีมสุขภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล (Hochberger, 1995)

สรุปแนวคิดในการรักษาพยาบาลในระยะหลังเหลือได้ว่า การให้ความสำคัญในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีการวางแผนในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีการวางแผนให้การสนับสนุนในการดูแล การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อปรับแนวคิดความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็โรคจิตเภทและผู้ดูแลไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมด้วยตนเอง ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การดูแลแบบญาติมีส่วนร่วม

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายลดระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากหลักการที่เน้นการรักษาในชุมชนโดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียกับการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึงกลายมาเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักจะกลับไปอยู่บ้านอยู่กับบิดามารดา ญาติ พี่น้อง ฯลฯ ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องรับภาระหน้าที่เป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย (ชาใจ สิทธิมงคล, 2542) จากสถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิมเพื่อรองรับระบบการดูแลโรงพยาบาลที่เร่งจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น กรมสุขภาพจิตจึงได้เน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลักที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2540) จึงนับว่าเป็นภารกิจสำคัญสำหรับบุคลากรทางจิตเวชที่จะให้บริการและสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบญาติมีส่วนร่วมพบว่า การดูแลแบบญาติมีส่วนร่วมมีความหมายแตกต่างกันซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยแบบญาติมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ระหว่างญาติกับผู้ป่วย และบุคลากรในตึกซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจให้บรรลุจุดหมายของการดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น และทำให้เกิดความร่วมมือรับผิดชอบทั้งผู้ป่วยและญาติ

เกรรี่ และ ฮาวกิน (Geary & Hawkin, 1991) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยแบบญาติมีส่วนร่วม คือ การพยาบาลที่ยอมรับความเป็นบุคคลและเข้าใจศักยภาพของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในเครือข่ายสังคมมากขึ้น พยาบาลมีโอกาสเจรจาตกลงกับญาติเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพ้นหายจากความเจ็บป่วยเร็วขึ้น

จากความหมายการดูแลผู้ป่วยแบบญาติมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการสนับสนุนให้ญาติตระหนักถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วมดูแล ได้เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการดูแลขณะรับไว้ในโรงพยาบาล มีการร่วมมือ ร่วมใจกันดูแลผู้ป่วย โดยประสานกันระหว่างญาติกับบุคลากรสุขภาพเพื่อให้ญาติมีความรู้ ทักษะคิดในทางที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ ตลอดจนทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

การพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลจะต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการเสริมสร้างอำนาจให้ญาติผู้ดูแลได้ ตระหนักความสามารถและอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการพิจารณาตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลโดยทำการตกลงร่วมกันเพื่อให้มีการรับรู้แปลความหมาย การดูแลและเข้าใจตรงกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูลซึ่งกันและกัน ตัดสินใจร่วมกันเพื่อกำหนด เป้าหมายและแผนการดูแลผู้ป่วย เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือให้บรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (Jewell, 1994; Laitinen & Isola, 1996) กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้ระบบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยอาศัยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการช่วยเหลือหลายวิธี ทั้งการให้ข้อมูลและความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสอน การอธิบาย การให้คำปรึกษาชี้แนะ การสาธิตรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้ากลุ่มสนับสนุนการฝึกทักษะ และกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในเครือข่ายทางสังคม

การจัดระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (ชาลีแย้มวงษ์, 2538) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้มีการฟื้นหายเร็ว อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนลดลง (Pasquarello, 1994) และผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Browning & Schwirian, 1994) นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การบริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าแนวทางการรักษาพยาบาลปัจจุบัน ส่งเสริมให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุด และกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนให้เร็วที่สุด ฉะนั้นญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ควรเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต ควรเตรียมตั้งแต่ผู้ที่เป็นโรคจิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมพร รุ่งเรืองกิจ และ กฤตยา แสงเจริญ, 2538) ซึ่งพยาบาลจะช่วยให้ญาติสามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของญาติที่เฝ้าดูแลนั้น โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล

เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล กรมสุขภาพจิต (2540) ได้พัฒนาเทคโนโลยีการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติผู้ดูแลเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีเป้าหมายให้บริการสุขภาพจิต ในเชิงรุกให้ญาติมีโอกาสเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมถึงมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป ในปีงบประมาณ 2541 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตภาคเหนือทั้งหมด จึงได้จัดให้มีโครงการญาติมีส่วนร่วมขึ้นเพื่อตอบสนองแนวคิดดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ญาติได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกิดทัศนคติในทางบวก และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ศึกษาสาเหตุการเจ็บป่วย ปัญหาภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วิธีและขั้นตอนการดำเนินการจะรับผู้ป่วยและญาติไว้ในโรงพยาบาล โดยญาติที่เฝ้าต้องเป็นญาติสายตรง คือ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือ บุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านและชุมชน

และยินดีอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา คือ ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชฉุกเฉินและเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการจากผลข้างเคียงของยา ผู้ที่เป็นโรคประสาท ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล ผู้ที่ญาติรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน ผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรังกลับมารักษารักษาซ้ำบ่อยแต่ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รูปแบบบริการพยาบาลมีการทำกิจกรรมตามแนวทางบริการของโรงพยาบาลสวนปรุงเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลซึ่งครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู และมีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคิดหลักการระดมพลังสร้างสรรค์ เพื่อให้มีส่วนร่วมของผู้ดูแลซึ่งถือว่าเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมให้แก่ผู้ป่วยและญาติและมีการทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

จากผลการดำเนินโครงการญาติมีส่วนร่วมพบว่า มีการพัฒนากิจกรรมการสอนจิตศึกษาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถสอนจิตศึกษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบคลุมต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลมีโอกาสดำเนินการได้สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถประเมิน วิเคราะห์ปัญหา ให้การพยาบาลได้อย่างชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังได้มีการจัดสรรกิจกรรมการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมเฉพาะรายบุคคลมากขึ้น อีกทั้งญาติได้มีโอกาสทดลองปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป จากผลการดำเนินโครงการ โรงพยาบาลสวนปรุงได้มองเห็นถึงความสำคัญ จึงได้มอบหมายให้คึกสหทัยดำเนินการตามโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยใน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2543) ดำเนินงานโดยสหวิชาชีพ ซึ่งมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

การจัดบริการในคึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง

ปัจจุบันโรงพยาบาลสวนปรุงได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการพัฒนาเพื่อเข้าสู่มาตรฐานตามระบบของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คึกสหทัยเป็นหอผู้ป่วยหนึ่ง ของการบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จึงได้ตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลในทุกด้าน เพื่อตอบสนองความ

ต้องการการดูแลและเป็นที่พักพิงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับโครงสร้างตลอดจนการบริการดังต่อไปนี้

ลักษณะโครงสร้าง ตึกสหทัย เป็นอาคาร 2 ชั้น ชั้นล่างประกอบด้วย ด้านหน้าเป็นห้องโถง มีทางเข้าออกได้ 2 ทาง มีการจัดมุมสำหรับพักผ่อนจะประกอบด้วย ชุดรับแขก 1 ชุด มีชั้นวางหนังสือนิตยสาร หนังสือพิมพ์และแผ่นพับความรู้เรื่องต่างๆ โทรทัศน์ 1 เครื่อง พัดลมเพดาน 1 ตัว เครื่องทำน้ำเย็น 1 เครื่อง มีชั้นวางแก้วน้ำสะอาดพร้อมใช้ มีการติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงและตู้แสดงความคิดเห็นไว้ใกล้มุมพักผ่อน ถัดไปเป็นห้องพยาบาล มีทางเข้าออกได้ 2 ทาง คือทางมุมพักผ่อนด้านหน้าและห้องนอนผู้ป่วย ซึ่งด้านส่วนที่ติดกับห้องผู้ป่วยมีเหล็กคั่นกันระหว่างห้อง ทำให้เมื่อนั่งอยู่ในห้องพยาบาลสามารถเห็นผู้ป่วยในห้องนอนได้ทั่วถึง ถัดไปเป็นห้องนอนผู้ป่วยเป็นห้องโถงมีหน้าต่าง 16 บาน หน้าต่างมีมุ้งลวดกันยุงและแมลง มีพัดลม 8 ตัว ทำให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีไฟนีออน 8 ชุด ซึ่งสามารถให้ความสว่างได้ทั่วห้อง ห้องนอนมีการจัดเตียงผู้ป่วยและญาติติดกันเป็นคู่ ชั้นล่างจัดไว้รับผู้ป่วยได้ 10 เตียงระหว่างเตียงมีตู้ข้างเตียง 1 ใบ สำหรับวางและเก็บของใช้ส่วนตัว กระโถน 1 ใบ ภายในห้องนอนผู้ป่วยมีห้องน้ำ ซึ่งแบ่งเป็นห้องอาบน้ำ 2 ห้อง ห้องส้วม 2 ห้องแยกใช้ชายหญิงชัดเจน เครื่องสุขภัณฑ์เป็นชักโครก ภายในห้องน้ำมีอ่างล้างหน้าและก๊อกน้ำอ่างล้างหน้า 2 ที่ เหนืออ่างน้ำจะมีกระจก 1 บาน และมีมุมเก็บหมอนนอนและกระบอกปัสสาวะเป็นสัดส่วน มีการล้างทำความสะอาด จัดเก็บพร้อมใช้ ชั้นบน ด้านหน้าเป็นห้องโถง มีการจัดโต๊ะและเก้าอี้ไว้ 2 ชุดไว้สำหรับรับประทานอาหารเช้า และปรับเปลี่ยนเป็นสถานที่สำหรับทำกิจกรรมกลุ่มที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยและญาติ มีพัดลมเพดาน 2 ตัว มีวิทยุเทปใช้สำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยและญาติสามารถเปิดฟังได้เมื่อต้องการ มีเครื่องทำน้ำเย็น ชั้นวางแก้วน้ำสะอาดพร้อมใช้ ซึ่งมีการล้างทำความสะอาดและดูแลให้มีแก้วน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ มีการติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงและตู้แสดงความคิดเห็น ถัดไปเป็นห้องพยาบาลและห้องนอนผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดด้านสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกจะเหมือนชั้นล่างทั้งหมด

จำนวนบุคลากร อัตรากำลัง บุคลากรที่มีทั้งหมด 17 คน ประกอบด้วย หัวหน้าตึก 1 คน พยาบาลประจำการ 8 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คนในเวรเช้าวันราชการ จะมีบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานประมาณ 6-7 คน ประกอบด้วยพยาบาล 3-4 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามตารางตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน วันหยุดราชการ มีบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เวรบ่าย-ดึก มีบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน นอกเวลา

ราชการจะมีแพทย์เวรดูแลอยู่ 24 ชั่วโมง ซึ่งสามารถปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างทันที

ลักษณะสิ่งแวดล้อม บริเวณรอบอาคารมีการจัดสวนหย่อม ปลูกต้นไม้ มีสนามหญ้า และมีโต๊ะสนาม 2 ชุด ไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติพักผ่อน นอกจากนี้ยังมีการบำรุงรักษาสีสิ่งแวดล้อมโดย มีบริษัทเอกชนประมูลการกำจัด มด แมลง โดยมานิเทศพบยาเดือนละครั้ง มีการแยกขยะแห้ง ขยะเปียก และขยะติดเชื้อ มีถังใส่ขยะแต่ละชนิดไม่ปะปนกัน เพื่อสะดวกในการทำลายและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ด้านความสะดวก มีพนักงานจากบริษัทประมูลเข้ามาทำความสะอาด 2 คน ทำความสะอาดห้องพยาบาล ทางเดิน ห้องนอนผู้ป่วย มุมพักผ่อน มุมทำกิจกรรมกลุ่ม และบริเวณรอบตัวอาคาร ภายในห้องนอนผู้ป่วยจะมีพนักงานเปลี่ยนถุงขยะวันละ 2 ครั้ง จะมีพนักงานมาทำความสะอาดชักโครกห้องน้ำ และเช็ดพื้นให้แห้งอยู่เสมอ เสื้อผ้าแจกให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนทุกวัน ผ้าปูที่นอนเปลี่ยนวันเว้นวัน หากสกปรกสามารถเปลี่ยนได้ทันที

ด้านการซ่อมบำรุง เมื่อพบอุปกรณ์ของใช้ชำรุดจะส่งซ่อมทันที

การบริการด้านอาหาร มีการจัดอาหารไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติ มีการจัดให้ญาติรับประทานอาหาร พร้อมกับผู้ป่วย ทั้ง 3 มื้อ โดยคิดค่าอาหารญาติวันละ 40 บาท จัดอาหารให้ผู้ป่วยและญาติตามเมนูอาหารของทางโรงพยาบาล มีอาหารหลายประเภทตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ อาหารเฉพาะโรค อาหารอ่อน อาหารเหลว มีอาหารบริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ มื้อเช้าจะแจกประมาณ 7.00 น. มื้อเที่ยง 12.00 น. และมื้อเย็น 17.00 น. มีอาหารว่างบริการประมาณ 19.30 น. อีก 1 มื้อ น้ำดื่มที่หอผู้ป่วยจะเป็นน้ำกรองจากเครื่องกรองน้ำ มีกระติกน้ำร้อนไฟฟ้า 1 ใบ ซึ่งมีน้ำร้อนไว้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ถ้วยจานสำหรับใส่อาหารและช้อน ฝ้ายโกชนาการจะจัดเตรียมมาเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยและญาติ เมื่อรับประทานอาหารเสร็จผู้ช่วยเหลือคนไข้จะเก็บและจัดส่งให้ฝ่ายโภชนาการจัดล้าง ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะนำแก้วน้ำที่ใช้แล้วมาล้างทำความสะอาดและจัดเก็บที่ชั้นแก้วน้ำสะอาด มีการดูแลให้เพียงพอต่อการใช้อุปกรณ์

ด้านบริการรักษาพยาบาล

ตึกสหทัยได้ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยและญาติ ผสมผสานกับการพยาบาลที่มุ่งเน้นตามแนวทางบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง 4 หัวข้อคือ

1. บริการพยาบาลแรกรับ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแรกรับอย่างครบถ้วนคือ การประเมิน

อาการทางกายและจิตใจในผู้ป่วยรับใหม่ เพื่อวางแผนในการพยาบาลตามปัญหาและพฤติกรรม การซักประวัติการเจ็บป่วยจากญาติ ชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการรักษาภายในโรงพยาบาล ให้ข้อมูล ด้านสิทธิผู้ป่วย ด้านสถานที่ บุคคล ดูแลสุขอนามัยผู้ป่วยรับใหม่ นำทรัพย์สินหรือของมีค่าของ ผู้ป่วยคืนให้ญาติ

2. การบริการผู้ป่วยประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริการเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับบริการประจำวันครอบคลุมคือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม ดูแลเรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย มีการตรวจ เชื่อมสนทนาเชิงบำบัด ประเมินอาการผู้ป่วยทุกราย รวบรวมข้อมูลเตรียมรายงานอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้แพทย์ประจำตัวทราบ พร้อมกับนำผู้ป่วยและญาติมาพบแพทย์ ดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาและยาตามแผนการรักษา การรักษาไฟฟ้าและการตรวจพิเศษในบางราย กรณีพบผู้ป่วยที่มีปัญหาและอาการซับซ้อน ทีมสหภาพร่วมกันค้นหาสาเหตุและแนวทางการดูแล โดยวิเคราะห์ร่วมกันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องวิชาชีพใดบ้าง โดย พยาบาลเป็นหลักที่จะติดต่อประสานงานมีการประเมินผลการดูแลหลังการให้พยาบาล รวมถึง การตรวจนับผู้ป่วย มีการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ การหลบหนี และการพยายาม ฆ่าตัวตาย

3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง โดยที่พยาบาลมีการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย เพื่อที่จะพิจารณาในการวางแผนการจัด กิจกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะในการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้มากที่สุดตาม ศักยภาพของผู้ป่วย และมีการประเมินความสัมพันธ์ของญาติและผู้ป่วยร่วมกับประเมินปัญหาและ ความต้องการของญาติ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาวางแผนการดูแลให้เหมาะสม เช่น การให้ความรู้แก่ ญาติด้วยการสอนเป็นกลุ่ม เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกันภายในกลุ่ม พร้อมกับให้ญาติมีประสบการณ์ตรงจาก การทดลองในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีการประเมินผลว่าญาติมีความเข้าใจและมีการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร ส่วนของการทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับญาติ ประกอบด้วยพยาบาลเป็นผู้นำ กลุ่มและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาเฝ้าดูแลเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยมีรายละเอียดการเข้ากลุ่ม กิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มความรู้เรื่องความรู้สึกและความคาดหวังของญาติต่อผู้ป่วย เพื่อให้ญาติ ได้สำรวจ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติและความคาดหวังจากการรักษาที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

และให้ญาติสามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตน ที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน โดยให้ญาติเกิดการตระหนักรู้ถึงความคาดหวังของตนเอง รู้เท่าทันความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบของตน มีการเปิดรับข้อมูลความรู้ใหม่ ยอมรับความรู้สึกของตน เผชิญปัญหาของครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิต สามารถปรับความคาดหวังของตนให้เหมาะสมกับสภาพความจริง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ตอบข้อซักถามของญาติและอภิปรายร่วมกัน

3.2 กลุ่มความรู้เรื่องบทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติทราบบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือการช่วยป้องกันการกำเริบของโรค สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ โดยเข้าใจและยอมรับ และรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สร้างข้อตกลงร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทักษะทางสังคม สามารถดำรงชีวิตร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทักษะทางสังคม สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เปิดโอกาสให้ญาติแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตอบข้อซักถามของญาติและอภิปรายหาวิธีแก้ไขร่วมกัน

3.3 กลุ่มความรู้เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทเพื่อให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่องความหมาย สาเหตุของความผิดปกติ อาการและการดำเนินของโรค การรักษา และแนวทางการดูแล รวมถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท อาการเตือนก่อนการกำเริบของโรค เพื่อให้ญาติเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถแยกแยะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการอภิปรายร่วมกัน และตอบข้อซักถามของญาติ

3.4 กลุ่มความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ญาติมีความรู้และความพร้อมกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถเผชิญกับสภาพปัญหาได้เหมาะสม เปิดโอกาสให้ญาติแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต ปัญหา และวิธีการแก้ไขเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตอบข้อซักถามของญาติและอภิปรายร่วมกัน

3.5 กลุ่มความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดของญาติ เพื่อให้ญาติตระหนักถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องความเครียดทราบถึงผลเสียของความเครียดที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ว่าทำให้เกิดความผิดปกติอย่างไร

ทราบถึงสาเหตุและวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้ญาติร่วมอภิปรายและหาวิธีคลายเครียดด้วยตนเองและฝึกคลายเครียดด้วยตนเอง

3.6 กลุ่มความรู้เรื่องผลข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคจิต เพื่อให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาทางจิต เข้าใจผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมากขึ้น และเข้าใจว่าอาการใดเป็นอาการโรคจิต อาการใดเป็นผลข้างเคียงของยา สามารถดูแลให้รับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

3.7 กลุ่มความรู้เรื่องการสื่อสารภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างญาติกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเน้นให้ญาติรู้ถึงประโยชน์ของการสื่อสารในทางบวก มีการเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดเพื่อที่จะทำให้เกิดการสื่อสารในทางบวก การระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างสนทนา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีการใช้สถานการณ์จำลองให้ญาติมีโอกาสฝึกการสื่อสารในทางบวก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยในการนำไปใช้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นผลดีต่อการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน

4. บริการการจำหน่ายผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนด้วยตามความเหมาะสม มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ โดยเริ่มในขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรักษาต่อ รวมถึงการประสานงานร่วมกับแหล่งประโยชน์อื่น ๆ และอธิบายขั้นตอนระเบียบปฏิบัติการใช้สิทธิบัตร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลที่สนับสนุนให้ญาติ ซึ่งเป็นบุคคลในเครือข่ายสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้มีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการพยาบาลที่ยอมรับความเป็นบุคคล และเข้าใจศักยภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายสังคมมากขึ้น ส่วนพยาบาลมีโอกาสเจรจาตกลงกับผู้ดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถสนองต่อความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ถูกต้องครอบคลุมปัญหาทั้งหมด ทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสพ้นภัยจากความเจ็บป่วยเร็วขึ้น (Kappeli, 1987; Sharp, 1990; Geary & Hawkin, 1991) อย่างไรก็ตามการประเมินถึงความพึงพอใจในการที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมนี้จึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษาเพื่อนำข้อมูลไปใช้พัฒนา

รูปแบบการบริการแบบภาคีมีส่วนร่วม เพื่อช่วยเหลือญาติให้มีทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ดีขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการ

ความพึงพอใจในการใช้บริการ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจต่าง ๆ ดังนี้

ริสเซอร์ (Risser, 1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจของแต่ละคน เกิดจากการได้รับประสบการณ์หรือบรรลุในสิ่งที่เขาคาดหวัง

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้บริการประสบความสำเร็จ ในการทำให้สมดุระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของผู้รับบริการมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1980) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกที่เกิดจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวัง

ทิลมูลีและฟิสก์ (Tilbury & Fisk, 1989) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นระดับความรู้สึกที่ดีของบุคคล โดยได้รับการที่เป็นประสบการณ์ตรงและประกอบกับความคาดหวังที่ผู้ให้บริการคาดหวังไว้

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจในการใช้บริการ เป็นความรู้สึกของผู้ใช้บริการต่อประสบการณ์ที่ได้รับจากสถานบริการที่เป็นไปตามความคาดหวัง

การประเมินความพึงพอใจ

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนั้น มีวิธีการหรือมีเครื่องมือมากมายที่สามารถจะวัดความพึงพอใจได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นกับวัตถุประสงค์ของผู้ที่จะศึกษา เช่น ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ แบบสอบถาม และการวิเคราะห์สรุปจากคำบอกเล่าของบุคคล (พรทิพย์ วรกิจโกคาทร, 2536) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับความพึงพอใจพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านสร้างแบบวัดความพึงพอใจในผู้ให้บริการดังนี้

1. แบบวัดความพึงพอใจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของริเซอร์ (Risser, 1975) ร่วมกับแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) ที่พัฒนาขึ้นโดย วิภาวดี สายนำทาน (2542) วัดความพึงพอใจ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมบริการเชิงวิชาชีพ 2) ลักษณะบุคลิกภาพ 3) สัมพันธภาพที่จริงใจ 4) สัมพันธภาพในการให้ความรู้ 5) ความสะดวก 6) ค่าใช้จ่าย เมื่อใช้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ เป็นข้อที่มีความหมายในทางบวกทุกข้อหา ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นตรงกัน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95

2. แบบวัดความพึงพอใจที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของอเดย์และแอนเดอร์สัน ที่พัฒนาโดยพวงทอง ตั้งธิติกุล (2542) วัดความพึงพอใจ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความสะดวก 2) การประสานงาน 3) อธิษาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ข้อมูลที่ได้รับ 5) คุณภาพบริการ และ 6) ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 33 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 11 ข้อ หากความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นตรงกัน 2 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาวัดความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งผู้ศึกษาคัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของอเดย์และแอนเดอร์สัน ที่พัฒนาขึ้นโดย พวงทอง ตั้งธิติกุล (2542) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาและนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง มีวิธีการศึกษาที่เป็นระบบชัดเจน และที่สำคัญแนวคิดครอบคลุมความต้องการพื้นฐานและบริการพยาบาล ที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแล อันได้แก่ ความสะดวก การประสานงาน อธิษาศัยความสนใจ ข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ได้แก่ ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ ผู้รับบริการที่ตึกสหทัยต่างมีความคาดหวังต่อการได้รับความสะดวกสบายและบรรยากาศของโรงพยาบาล เพื่อชดเชยความรู้สึกทุกข์ร้อน ความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบายและอยู่ในบรรยากาศที่ดีจะทำให้มีจิตเบิกบาน บรรยากาศและความสะดวกสบายนี้รวมถึงความสะอาดด้วย สิ่งดังกล่าวได้แก่ บริเวณอาคารสถานที่โดยรวมมีการจัดเป็นระเบียบ สะอาดสวยงาม อากาศถ่ายเทดี ปลอดภัยและ

เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรักษาทางด้านจิตใจ มีการจัดสิ่งของเครื่องใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวก มีการจัดสถานที่ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นสัดส่วนมีความสะดวกในการใช้ห้องน้ำห้องส้วม

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการที่ตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง การได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย ทีมสุขภาพให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีการติดตามผลการรักษา สิ่งดังกล่าวได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้อย่างสม่ำเสมอ ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้รับการประสานการดูแลร่วมกันในทีมสุขภาพ

3. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการของตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ อรรถาธิบายทางดี มีความเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย อรรถาธิบายทางที่ดีเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ ผู้ให้บริการตึกสหทัยควรเป็นผู้ที่มีอรรถาธิบายไมตรีที่ดี มีความเป็นกันเองสนใจและเอาใจใส่ กระตือรือร้นที่จะให้บริการ มีการแสดงออกที่เหมาะสม แม้การปฏิบัติงานจะมีปัญหาและอุปสรรค สิ่งดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับ อันจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไป

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับของตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาดูแล การที่มีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเภท ครอบครัวจะมีความเครียดกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ไม่สามารถตอบสนองผลลัพธ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษายาบาลตลอดจนการให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำในทุก ๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องจากบุคลากรตึกสหทัย อันได้แก่ การอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ สาเหตุความเจ็บป่วย รับทราบผลการตรวจต่างๆ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจากกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ บุคลากร และบริการที่จัดให้ โดยจัดกระทำในลักษณะรูปแบบกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับในทักษะของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการของตึกสหทัย ในการให้บริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง คุณภาพบริการคือการให้บริการที่มุ่งเน้นการให้บริการแบบองค์รวมโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ เช่น การให้คำแนะนำชี้แจงเกี่ยวกับ

แนวทางการรักษา คำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่หอผู้ป่วยจัดให้ การดูแลเฝ้าระวังป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ การหลบหนี หรือการพยายามฆ่าตัวตาย และมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการของตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้อง ค่าอาหารผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น ที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาที่เหมาะสมกับการบริการ โรงพยาบาลยึดหลักการคิดค่าใช้จ่ายเหมาะสมกับการบริการและไม่แพงเกินไป โดยทางโรงพยาบาลจะพิจารณาและดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ ซึ่งสิ่งดังกล่าวจะส่งผลต่อความคุ้มค่าในการมารับบริการซึ่งความคุ้มค่านี้เป็นความรู้สึกทางใจของผู้รับบริการ เพราะไม่มีสิ่งของให้เปรียบเทียบกับค่าของเงินที่จ่ายไป

นอกจากนี้การตัดสินคุณภาพบริการว่ามีระดับความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับแต่ละหน่วยงาน สร้างขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีความเฉพาะต่องาน อาจเป็นเกณฑ์ประเมินกระบวนการ เกณฑ์ประเมินโครงสร้าง หรือเกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลก็ได้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2533) เช่น โรงพยาบาลสวนปรุงใช้เกณฑ์ว่าผู้ป่วยต้องมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมากที่สุดร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะถือว่าบริการที่โรงพยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยเป็นบริการที่เป็นไปตามนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด

ผู้ศึกษาได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดความพึงพอใจ ของอดีย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1980) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการในสถานบริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับจากบริการมี 6 ประการคือ 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ประกอบด้วย การใช้เวลารอคอยในสถานพยาบาล การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ และความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงาน ประกอบด้วย การได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการ แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และแพทย์มีการติดตามผลการรักษา 3) ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการ

เจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้จ่าย เป็นต้น 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล และ 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved