

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing) อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำ และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าประชากรรวม และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จากการศึกษาวิจัยสูงอายุมิธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมมากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และประสบปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ใช้บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในสภาพเศรษฐกิจ และสังคมปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาของโรคทางจิตเวช โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบากที่สุดใน โรคทางจิตเวชทั้งหมด (Buchanan and Carpenter, 2005) ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรทั่วไปพบ ร้อยละ 1.0 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2003) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (severe psychiatric disorder) เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีอาการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และกำเริบ (relapse) ได้บ่อย (พิเชษ อุดมรัตน์, 2547) โดยบางรายอาจมีอาการเป็นๆ หายๆ และบางรายอาจมีอาการเรื้อรัง แต่โดยทั่วไปผู้ที่เป็นมักไม่หายเป็นปกติ อาการมักจะทรง หรือทรุดตามลำดับ โดยระยะแรกของโรคอาการทางลบมักเด่นชัด ต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ หากได้รับการรักษาอาการทางบวกจะหายไปแต่อาการทางลบจะคงอยู่ และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

จากรายงานสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยสุขภาพจิต สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2551 และ 2552 พบว่า กลุ่มโรคที่พบบากที่สุด คือ กลุ่มโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 57.77 และ 55.07 ของผู้ป่วยในทั้งหมดตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และจากสถิติของ

โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้บริการในพื้นที่เขต 9 และเขต 10 ครอบคลุม 13 จังหวัดภาคเหนือ พบว่าในปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 322, 305, 265 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.75, 37.94, 39.85 เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการที่มีจำนวนลดลง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศจำนวนมาก จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วันต่อราย คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย 28,230 บาทต่อราย แต่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในรายละ 1,615 บาท ในระยะเวลา 15 วัน (อนเนก สุภิรนนท์, สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และบุญพวพรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต้องรับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากหน่วยงานใดได้ (กอบโชค จวงษ์ และบุญพวพรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2549)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกายโรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็จะยิ่งปรากฏภาวะบกพร่องทางเชาวน์ความคิดมากขึ้น และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ และการพัฒนาตนเองในมิติต่างๆ ให้กลับมาปกติ ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีโอกาสเกิดการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนทรารม, 2547) และผู้ป่วยยังมีปัญหาในด้านสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวเปลี่ยนไปความสามารถในการสื่อสารในสิ่งที่ทำ หรือต้องการทำน้อยลง หรือมักไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น (Lloyd, Sullivan and William, 2005) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงส่วนความผิดปกติทางการรับรู้จะแสดงออกโดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับรู้สิ่งที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงตำหนิติเตียน หรือกล่าวโทษตนเอง หรืออาจจะมองเห็นสัตว์ หรือภาพที่ทำให้ตกใจกลัว และมีความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น มีความคิดหลงผิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ ส่วนทางด้านพฤติกรรม และบุคลิกภาพพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมแยกตัวจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมถดถอยไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดของร่างกาย ตลอดจนมีพฤติกรรมแปลกๆ (พิจิตรา ชัยสิงห์ประสาธ, 2550) ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพด้านความคิด และด้านการรับรู้ การแสดงอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม

แต่สถิติสัมพัทธ์ และความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้าง เมื่อป่วยนาน โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติด (WHO, 2006) ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้าทำงาน และหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ทำให้เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทไม่ยินดีที่จะเปิดเผยความเจ็บป่วยของตน ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษาก่อให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษาตามมา (Holzinger, 2003) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550) โดยอาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) และอาการด้านลบ (negative symptoms) ซึ่งอาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) ส่วนอาการทางด้านลบ (negative symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภท คือ การพร่อง หรือลดลงของพฤติกรรม และบทบาทหน้าที่ปกติ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย เฉื่อยชา และขาดความสนใจตั้งใจในการทำกิจกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548)

ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่จะป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านความคิด และการรับรู้มากขึ้น นอกจากจะเสื่อมด้วยพยาธิสภาพของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังมีความเสื่อม หรือมีความบกพร่องทางด้านร่างกายทุกระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ (สิววรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และกำเริบได้บ่อย มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดี ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ส่วนอีกร้อยละ 50 จะมีการกลับป่วยซ้ำ (Kongsakon, et al., 2005) มีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น การพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพอย่างถาวร (พิเชษ อุดมรัตน์, 2547) รูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันประกอบไปด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำจิตบำบัด เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษา และรับประทานยาครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการใช้ยา ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเพื่อลดการป่วยซ้ำ (วัฒนภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์, 2549) จากการศึกษาของแพรทท์ (Pratt, et al., 2005) พบว่าอาการทางลบและการไม่รับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548) แต่อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตาม

แผนการรักษา ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพก็มักจะฟื้นตัวได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เกิดปัญหาในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดี (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2546) ทำให้เป็นปัญหาในการดูแลทั้งในด้านของผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสีย และผลกระทบหลายด้าน ทั้งในด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศ (Perivoliotis, Granholm and Patterson, 2004) จากลักษณะอาการของโรคดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ลดลง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้ว่าโรคจิตเภทจะเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมนั้นต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมีความต่อเนื่อง และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งเป็นการพยาบาลจิตเวชโดยยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะสุขภาพจิตให้ดี การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary Prevention) เป็นการฟื้นฟูเพื่อจัดการความไม่สามารถ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ รตสุคนธ์ ธนะแก้ว (2548) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนอกจากจะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมายที่มีผลจากวัย และความเจ็บป่วยทางจิต การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่ำกว่าบุคคลทั่วไป และจากการศึกษาของอรพรรณ ทองคำ (2546) ได้ศึกษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่าการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่ได้คะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทูลาภา บุปผาสังค์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของภาวะความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($r = -.38$) ดังนั้นหากผู้ดูแลมีเจตคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท และแนวทางการบำบัดรักษา จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดการกลับมารักษาซ้ำได้

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช และกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่เกินร้อยละ 98 ของผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 84 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างชัดเจน แต่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตขนาด 700 เตียง ระดับตติยภูมิโดยรับผิดชอบในการให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ และมาตรฐาน ตลอดจนได้รับความปลอดภัย ในเขตพื้นที่ 13 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จากการศึกษาสถิติโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่าสถิติของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณ 2551-2553 ไว้เป็นผู้ป่วยในเป็นจำนวน 322, 305, 265 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ในปีงบประมาณ 2551-2553 เป็นจำนวน 110, 108, 98 คิดเป็นร้อยละ 34.61, 35.41, 36.98 ตามลำดับ ให้บริการผู้ป่วยในที่มีอาการรุนแรงและวิกฤตโดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแล คือ 1) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า 3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม และ 4) การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การทำกิจกรรมกลุ่ม การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการฝึกทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ ฝึกพฤติกรรมดูแลตนเอง การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาล มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องครอบคลุมโดยทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่การตรวจรักษา การบำบัดทางจิตในรายที่มีปัญหาซับซ้อน จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การจัดการรายกรณี (Case management) มีการประสานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่อง และมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาใกล้บ้าน บางรายมีปัญหาซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล และปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการกลับมารักษาซ้ำ แต่ไม่มีรูปแบบเฉพาะในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553)

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทผู้สูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันมารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากที่โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง การที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมนั้น ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมีความต่อเนื่อง และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่ายตามแนวปฏิบัติ มีการวางแผนการดูแลแบบรายกรณี (case management) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท มีการให้คำแนะนำแก่

ผู้ดูแลและญาติก่อนจำหน่าย ตลอดจนประสานโรงพยาบาลเครือข่าย และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอย่างต่อเนื่อง และติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงพบว่ามีสถิติอัตราของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามสถิติข้างต้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ทีมบุคลากรทางสุขภาพ และงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ปัญหาที่เผชิญอยู่ คือ ปัญหาการกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภท มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2550)

จากสถานการณ์ และปัญหาดังกล่าว การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุโรงพยาบาลสวนปรุง จึงตระหนักถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ และความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของสถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือแนวทางการเป็นไป ซึ่งพิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงสถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) ในเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่ หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มา หรือสาเหตุ ตามความเห็น และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทาง หรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์ โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดได้ทบทวนการประเมินผลของระบบประกันสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินผลของระบบประกันสุขภาพของโดนาบีเดียน ทำให้เข้าใจตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การประเมินผลของระบบประกันสุขภาพของโดนาบีเดียน เพราะว่า มีความสะดวก และง่ายต่อการประเมิน กรอบการประเมินผลของระบบประกันสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง หมายถึง 1.1) ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 1.2) ด้านปัจจัย หรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ 1.3) ด้านทรัพยากรบุคคล อัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร 2) กระบวนการ หมายถึง การดำเนินงานของบุคลากรทีมสุขภาพ 2.1) การประเมินและการวินิจฉัย 2.2) การดูแล และรักษาผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 2.3) การป้องกัน และการให้ความรู้เรื่องโรคการบำบัดรักษา 2.4) การดูแลต่อเนื่อง 2.5) การประสานงานการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ หมายถึง 3.1) สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

3.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.3) ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.4) การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ โดยศึกษาครอบคลุมด้านการดูแลของผู้ดูแล และการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ เพื่อลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้อย่างตรงประเด็น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่ออธิบายสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่ออธิบายโครงสร้างของระบบบริการ 1.1) ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1.2) ด้านปัจจัย หรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ 1.3) ด้านทรัพยากรบุคคล อัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่ออธิบายกระบวนการดูแล การดำเนินงานของบุคลากรทีมสุขภาพ 2.1) การประเมินและการวินิจฉัย 2.2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 2.3) การป้องกัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล 2.4) การดูแลต่อเนื่อง 2.5) การประสานงาน ส่งต่อ และการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของการดูแล ได้แก่ 3.1) สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.3) ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.4) การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ หลังจากมารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. โครงสร้าง ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. กระบวนการ การดูแล ของบุคคลากรที่มีสุขภาพ ต่อผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multi method) ระหว่าง วันที่ 1 เดือนกันยายน 2554 ถึง วันที่ 31 เดือนตุลาคม 2554

นิยามศัพท์

การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก เกี่ยวกับสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดำเนินการ ของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) ดังนี้

1. โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง 1.1) ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1.2) ด้านปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ 1.3) ด้านทรัพยากรบุคคล อัตราค่าจ้าง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่ม ด้านโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2. กระบวนการ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง 2.1) การประเมิน และการวินิจฉัย 2.2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 2.3) การป้องกัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล 2.4) การดูแลต่อเนื่อง 2.5) การประสานงาน ส่งต่อ และการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมิน โดย แบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่มด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2.1 รูปแบบกิจกรรมการดูแล ของบุคลากรทีมสุขภาพไปใช้บริการ ให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อ และการติดตาม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ประเมิน โดย แบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่มของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2.2 รูปแบบหรือวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ การดูแล และให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

2.2.1 รูปแบบกิจกรรมการดูแลตนเองไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การจัดการปัญหาและการพัฒนาศักยภาพของตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ประเมิน โดย แบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่มด้านของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2.2.2 รูปแบบในการดูแล ช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล ต่อผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือของญาติ ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการบำบัดรักษา ต่อผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่กลับมารักษาซ้ำ ความผูกพันใกล้ชิด การรับรู้คุณค่า คำแนะนำ การช่วยเหลือ และการยอมรับในครอบครัว ประเมิน โดย แบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่มด้านของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง 3.1) สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.3) ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.4) การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ หลังจากมารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดย แบบสอบถามรายบุคคลและรายกลุ่มด้านผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

3.1 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำและญาติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การดูแล (Perception of Care: POC) ของไอเซน (Eisen, 1995) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ต๊ะปินตา และคณะ (Thapinta et al., 2001)

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases 10 Code: ICD-10) (WHO, 2006) หมวด F20 หลังการจำหน่ายแล้วกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตเภท ในแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป