

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

1.2 อาการและอาการแสดง

1.3 สาเหตุของการเกิดโรค

1.4 การดำเนินโรค

1.5 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาด้วยโรคจิตเภทในผู้สูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

1.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1.7 การรักษาผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

2. การวิเคราะห์สถานการณ์

2.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

2.2 รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

2.3 วิธีการที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง

จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลก พบความชุกประมาณ 2.5 -5.3 ต่อประชากร 1,000 คน และมีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อประชากร 1,000 คน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในอัตราใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนนี้มีโอกาสจะมีชีวิตอยู่จนกระทั่งวัยสูงอายุ เนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เทคโนโลยี การรักษาพยาบาล และการควบคุมความรุนแรงของโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถยืดอายุผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ยาวนาน มีความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) จึงมีผลให้แนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น

ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

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

อาการและอาการแสดง

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ โดยการวินิจฉัยนั้นผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่าตามอาการที่ระบุไว้จากอาการที่ 5 ถึง 8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่เกือบตลอดเวลาเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; Kaplan and Sadock, 2000; Sadock and Sadock, 2000)

ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีอาการเช่นเดียวกับโรคจิตเภทวัยอื่นๆ คือ กลุ่มอาการทางด้านบวก และกลุ่มอาการทางด้านลบ ดังนี้

1. อาการทางด้านบวก (positive symptoms) คืออาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิด และประสาทสัมผัส ดังต่อไปนี้

1.1 ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงแม้จะมีเหตุผลหรือหลักฐานมาขัดแย้ง เช่น อาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะปองร้ายตนเอง (persecutory delusion) คิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน (delusion of reverence) หลงผิดคิดว่า

ตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) อาการหลงผิดที่มักจะพบมากกว่าชนิดอื่นเรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความเชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่าง (delusion of control) มีความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมองจากอำนาจบางอย่าง (thought withdrawal) มีความคิดที่มีอยู่นั้นไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่ใส่เข้ามาในสมองตน (thought insertion) เชื่อว่าความคิดของตนเองถูกส่งออกไปเสียง ทำให้คนรอบข้างได้ยินความคิดของตนเอง (thought broadcasting) มีความคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย (delusion of Somatic) และมีความคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป (delusion of nihilistic) (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยคือหูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูดเช่นคนพูดว่าร้ายหรือสบประมาทหรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2.1 อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination)

1.2.2 อาการประสาทหลอนทางการเห็น (visual hallucination)

1.2.3 อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination)

1.2.4 อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination)

1.3 ความผิดปกติของการพูด (disorganized speech) คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่สามารถลำดับความคิด และขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ โดยจะพบได้จากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ถามตอบไม่เข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งความผิดปกติเช่นนี้ เรียกว่าความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loss association) (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก กระวนกระวายอย่างรุนแรง บางรายปีศาจกลางที่สาธารณะ หรือร้องตะโกนโดยที่ไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น บางครั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด การแต่งกายสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

2. อาการทางด้านลบ (negative symptoms) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี (negative dimension) เช่น ความต้องการในสิ่งต่างๆ ในด้านความรู้สึก แสดงออกดังอาการดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

2.1 อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

2.2 พูดน้อย หรือไม่พูด (alogia) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แสดงออกโดยการตอบสั้นๆ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ และไม่สนใจที่จะตอบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

2.3 ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ (avolition) คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่กระตือรือร้นในกิจกรรมทุกชนิด อาจอยู่เฉยๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไรเลย เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนาน และเลิกทำโดยไร้เหตุผล (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

สาเหตุของการเกิดโรค

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นยิ่งมีโอกาสเป็นสูงการศึกษาถึงยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนผิดปกติที่ชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) และพบว่าญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดามารดา พี่น้อง และบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ส่วนฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 10 (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือสมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากสารโดปามีนทำงานมากเกินไป โดปามีนไฮโปแอคทีวิตี (dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ มีโซลิมบิก (mesolimbic) และมีโคर्टิคอลแทรก (mesocortical tract) ทำให้เกิดอาการทางบวก ถ้าการทำงานของโดปามีนน้อยเกินไปทำให้เกิดอาการทางลบ (Kaplan and Sadock, 2003)

1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนตริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ และปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าการไหลเวียนของเลือดในสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้านความคิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ผิดปกติของพรีฟรอนทอลโลบ (prefrontal lobe dysfunction) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) ความเครียด และความยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคโดยเฉพาะในผู้ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นโรคได้ง่าย (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) สภาพครอบครัวจะมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

3. ปัจจัยด้านจิตใจ

ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคได้ง่าย (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมาก และไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ และความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ สามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ และไม่สามารถควบคุมได้ เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่วใจ (ambivalence) (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) การกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยความเครียดทางอารมณ์และความอ่อนแอของบุคคลมากกว่าปัจจัยปกป้อง จะถูกรบกวนกระบวนการคิด และเมื่อมีสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นผลให้แสดงอาการของการถูกรบกวน นำไปสู่การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (วฤณี ช้างมิ่ง, 2546)

การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นซ้ำๆ โดยบางรายอาจมีอาการเป็นๆ หายๆ บางรายอาจมีอาการเรื้อรัง แต่โดยทั่วไปผู้ที่เริ่มมักไม่หายเป็นปกติ เมื่อติดตามย้อนหลังไป 5 ปี นับจากเริ่มป่วยครั้งแรก ร้อยละ 22 มีอาการเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 35 มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ปกติ ร้อยละ 8 มีความบกพร่องหลังป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะโดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ ร้อยละ 35

มีความบกพร่องมากขึ้นเรื่อยๆหลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับเป็นปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2545) โดยระยะแรกของโรคอาการทางลบมักเด่นชัด ต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ หากได้รับการรักษาอาการทางบวกจะหายไปแต่อาการทางลบจะคงอยู่ และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมิแนวนอนนั้นจะมีความพร่องมากขึ้นเรื่อยๆ และยากที่จะกลับมาเป็นปกติโดยสามารถแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เรียกว่า ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน กว่าเดิม ชอบเก็บตัว ไม่ออกไปข้างนอกเหมือนเคย ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย อาจมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งอาจมีการหวาดระแวงจนญาติ หรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่ยาวนานการดำเนินโรคจะไม่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการสงบแล้ว ก็จะมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นระยะๆ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ตึงเครียด วิตกกังวลแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่เป็นสุข เป็นต้น นอกจากนี้ความสนใจตนเองบกพร่อง เช่น เดิมเป็นคนสะอาดเก็บของเป็นระเบียบเรียบร้อย กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง ใส่เสื้อผ้าซ้ำหลายวัน มีการใช้คำสำนวนแปลกๆ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เป็นช่วงที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตที่ลดลงหลังจากระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน อยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) และเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) เช่นหูแว่ว ประสาทหลอนหลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) หลังจากได้รับการรักษาจนอาการสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะปรากฏอาการรุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา เมื่อครอบครัวรอดูอาการนาน

เกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา และได้รับสาเหตุส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือ ซึ่ยอมารับประทานเอง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการคงที่ อาจพบอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าระยะคงเสถียรคล้ายคลึงกับระยะเสถียรภาพ และอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคร่วมด้วย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านผู้ที่เป็นโรคจิตเภท บางรายอาจไม่เคยมีอาการนำโรค อาจเกิดขึ้นแบบฉับพลันทันที บางรายอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว แต่ในบางรายอาจมีอาการเป็นเพียงแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด ส่วนใหญ่หลังจากที่ทุเลาอาการจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือมีอาการเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยอาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550) ส่วนใหญ่แล้วอาการกำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่งเมื่อรักษา อาการก็จะทุเลาแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสลับลงแล้ว แต่ก็ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ (negative symptoms) เช่นอารมณ์ที่อ้อๆ สีหน้าเฉยเมยขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ยาที่ใช้รักษาโรคจิตมักจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางบวก แต่ไม่ได้รับรักษาอาการด้านลบ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีอาการข้างเคียงจากยาร่วมด้วย เช่น ง่วงนอน กินจุ น้ำหนักเพิ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เกิดในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี หลังจากการเจ็บป่วยครั้งแรกพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมีอาการเพียงครั้งเดียวร้อยละ 35 มีอาการหลายครั้ง โดยมีการกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติร้อยละ 35 ความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ และร้อยละ 8 มีความบกพร่องหลังจากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในผู้สูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตนเอง

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเกิดการเสื่อมถอยเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2003)

1.1 เพศ อุบัติการณ์การเจ็บป่วยของโรคจิตเภท พบว่าเพศหญิง และเพศชายมีโอกาสเป็นเท่าๆ กัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) จากการศึกษาภาวะปัญหาความผิดปกติทางจิตใจในผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียของทรอลเลอร์ (Trollor et al., 2007) พบว่าเพศไม่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจโดยตรง แต่ผู้ป่วยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 65 ปี และเพศชายมีอายุเฉลี่ย 57 ปี (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยเพศหญิงจึงมีโอกาสเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย

1.2 อายุ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีสภาพร่างกาย จิตใจ ที่แตกต่างกันมากถึงแม้ว่าจะมีอายุใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากโครงสร้างของแต่ละบุคคล พันธุกรรม สภาพโภชนาการ การออกกำลังกาย และลักษณะการใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากวัยสูงอายุ และพยาธิสภาพของโรคจิตเภท ผู้ป่วยมักจะมีอาการผิดปกติมากกว่าหนึ่งชนิด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) อายุที่มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น

1.3 ด้านเศรษฐกิจการเงิน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มักมีอาชีพทางเกษตรกรรม หรือรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ขาดหลักประกันหลังจากหยุดงาน ทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถใช้สิทธิการรักษาตามนโยบายของรัฐบาลก็ตาม ส่งผลให้ต้องมีภาระหนี้สิน เพื่อครี้อ้นเรื่องการเงินเพิ่มขึ้น (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) จากการศึกษาของ นวมินทร์ สวีระสฤกษ์ดี และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2546) พบว่าสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

1.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่องจึงทำให้หายจากโรค หรือควบคุมอาการกำเริบได้ ถ้าไม่รักษาจะทำให้อาการกำเริบต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และยังทำให้ศักยภาพลดลง นำมาซึ่งความ

ยุ่งยากในการดูแล ผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) และผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักจะมีอาการเสื่อมถอยของความสามารถในทุกๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในส่วนที่มีความบกพร่องของความสามารถในการดูแลตนเอง (บุญวาทิ เพชรรัตน์ และเขาวานาถ สุวลักษณ์, 2547)

1.5 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย จำนวนครั้งสะท้อนถึงอาการกำเริบบ่อย ความเสื่อมถอยลง ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ทูลภาภา บุปผาสังข์, 2545) การป่วยซ้ำบ่อยทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงจะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2003)

1.6 พฤติกรรมของผู้ป่วย มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกียจคร้าน เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่ทำอะไร ซึมเฉย เฉื่อยชา ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง มีอาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) การเสื่อมของหน้าที่หลายๆอย่างทั้งการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เสื่อมถอยก่อให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ (Royal Brisbane Hospital, 2003) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหลายอย่างรวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการกำเริบมากขึ้น (Lauber, 2003) ปัญหาที่พบสูงสุดขณะแรกรับคือ ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว รบกวน วุ่นวาย และอาการประสาทหลอนหลงผิด (อเนก สภรินันท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550)

2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว

2.1 ด้านเศรษฐกิจการเงิน หลังจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัวลดลง (รติวรรณ วังชนากร, 2550) ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องหยุดงาน หรือออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบท่อครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ (สุรภา ทองรินทร์, 2546)

2.2 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ เสาวภาค บุญมรัตน์ (2551) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านมีผลทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดความสั่นคลอน สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถอยู่ในบ้านเดียวกันได้ เกิดปัญหาการหย่าร้างขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌททัย วงศ์การ์ณย์ (2551) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง (เพชรี คันทสายบัว, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จะมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ที่อาศัยกับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

จากการทบทวนแนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด และพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองก่อนเกิดอาการกำเริบเพื่อช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันทสายบัว, 2544) หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงระดับความเครียดที่ไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มี การมีความเครียดที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550) อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นก่อนมีอาการกลับป่วยซ้ำเป็นวันหรือสัปดาห์ เป็นอาการที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคล (สถาบันจิตเวชศาสตร์เจ้าพระยา, 2550) ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของเมย์เจล (Meijel, et al., 2006) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำและมีการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราตรี เครือวัลย์ (2552) การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และยาทางจิตเวช และมีทัศนคติต่อโรคจิตเภท และยาทางจิตเวชไม่ดี จากผลการศึกษาของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำร้อยละ

57.59 อยู่ระดับปานกลาง และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนไม่ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภท ยิ่งเป็นนานเรื้อรังเท่าใดก็จะปรากฏภาวะบกพร่องทางเชาวน์ความคิดมากเท่านั้น และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ และการพัฒนาตนเองให้กลับมาปกติ ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เกิดความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนทราราม, 2547) เกือบหนึ่งในห้าของผู้ป่วยสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำหลังจากที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อการดูแลทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมักจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงก็จะต้องการดูแลแบบผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจากโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Prince, et al., 2008) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.50 มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับผู้มีสุขภาพจิตดีทั่วไป (รสสุคนธ์ ธนะแก้ว, 2548) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสะท้อนถึงอาการกำเริบบ่อย ความเสื่อมเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ก่อนการกลับป่วยซ้ำจะพบการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพจิตเสื่อมลง ความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำ คือ การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนการรักษาและต้องมีการติดตามต่อเนื่องในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่สื่อเลียนผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการสื่อเลียนกับการพูดจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และมีอัตราการเสื่อมของร่างกายมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพแก่อวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างปกติ จากความเสื่อมถอยทั้งด้านการรับรู้ ความคิด ผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลในเรื่องของการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะกลืนอาหารลำบาก การกลืนไม่ได้ จังหวะ มีอาหารติดคอ สำลักอาหาร หรือน้ำดื่มเสมอๆ เนื่องจากฟันเริ่มผุ หัก โยก เหงือกถลอก รัน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) การผลิตน้ำลาย และน้ำย่อยลดลง ทำให้อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ร่างกายดูดซึมได้น้อย เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง เบื่ออาหาร การดูดซึมอาหารบางประเภท และวิตามินลดลง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้ง่าย (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

2. การดูแลในเรื่องของการรับประทานยา โดยการจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามชนิดของ ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานยาอย่างเคร่งครัด เพราะผู้ป่วยมีความ บกพร่องของการรับรู้ และความจำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายจะไวต่อฤทธิ์ ข้างเคียงของยารักษา มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทในวัยหนุ่มสาว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดยา ไม่ขยับตัว ไม่ยอมกลืนอาหาร ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่อระบบประสาทอัตโนมัติ อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ เวลาเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic) ผู้ป่วยอาจหกล้ม จากฤทธิ์ยาซึ่งทำให้ง่วง (sedating effects) ถ้าใช้ เกินขนาดจะกดการหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

3. การดูแลในเรื่องของการเคลื่อนไหว เนื่องจากระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก (musculoskeletal system) ของผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง กระดูกมีความแข็งแรง ลดลงเนื่องจากสูญเสียแคลเซียมทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน เปราะหักง่าย และติดขัด กระดูกอ่อน บริเวณข้อต่อต่างๆเสื่อม ไม่กระชับกระเฉง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ผู้ป่วยจะเดินไม่คล่องตัว การทรงตัวไม่ดี หกล้มง่าย ผู้ดูแลต้องระมัดระวังในการเคลื่อนไหว ของผู้ป่วย และควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

4. การดูแลในเรื่องของการขับถ่าย ผู้ป่วยจะมีปัญหาท้องผูกเนื่องจากความผิดปกติของ ระบบประสาทที่มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อลำไส้ใหญ่ และมีการไม่ประสานกันในการบีบตัว จึงเกิดการอุดตันบางส่วนของลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาจากกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรง จึงทำให้ มีความดันไม่เพียงพอในการขับถ่าย ปัจจัยเสริมที่ทำให้ท้องผูก คือ การเคี้ยวอาหารที่ไม่ละเอียด การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย การได้น้ำไม่เพียงพอ และจากการใช้ยาบางชนิด (สถาบัน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

5. การดูแลจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่พบบ่อย ได้แก่ พฤติกรรมนอน พฤติกรรมก้าวร้าว และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) อาการนอนไม่หลับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Troller et al., 2007) จากความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิต มีผลทำให้เกิด ความบกพร่องในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ทำงาน ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม (Perivoliotis, Granholm and Patterson, 2004)

6. การดูแลในเรื่องความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ผู้ดูแลต้องระมัดระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแล และป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยขาดการยอมรับ ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากร ผู้ป่วยจึงต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง (อรพรรณ ลีอนุญชวรัชชัย, 2545)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุกลับมารักษาซ้ำจะได้รับการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป จากการศึกษาของกังก-ฮีซอน และซี-ซังพาร์ค (Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park, 2002) พบว่าการให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยนำทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการกลับป่วยซ้ำของโรคลดลง

1. การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ช่วยลดอาการทางจิตโดยตรง ยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งการทำงานของโดปามีน (dopamine) ทำให้ผู้ป่วยสงบลง สามารถติดต่อกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งวิธีให้ยาและชนิดของยามีดังต่อไปนี้

1.1 รักษาอาการเฉียบพลัน (acute phase) จุดประสงค์ของการรักษาในระยะนี้คือควบคุมอาการให้สงบลง แก้ไขให้พฤติกรรมผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ยาที่ใช้ในการรักษาซึ่งมีฤทธิ์ต่ำ เช่นคลอโรโพรมาซีน (chlorpromazine) มักทำให้ง่วงนอน และความดันโลหิตลดต่ำลงเวลายืน ดังนั้นจึงไม่ควรให้ขนาดสูง ส่วนยาที่มีฤทธิ์แรง เช่น ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) และฟลูเฟนาซีน (fluphenazine) ให้ขนาดน้อย จะปลอดภัยกว่า รวมทั้งลดอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายได้ดีกว่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ในกรณีผู้ป่วยอาการมากอาจให้เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ขนาดสูงร่วมไปด้วยหลังจาก 2 สัปดาห์อาการทางจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดของยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย, 2550)

1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือนการลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ ระยะนี้พยาบาลต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และรายงานแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาโรคจิตให้มีความเหมาะสมกับอาการทางจิต จนสามารถควบคุมอาการได้ พร้อมทั้งให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การส่งเสริมด้านทักษะชีวิต เป็นต้น ควบคู่กับการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะนี้การรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ในหอผู้ป่วย หลังจากนั้น

เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับบ้านจะอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.3 ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่ละรายโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน การคงสภาพอาการทางจิต และใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ซึ่งเป็นการยากลำบากที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจไม่รับประทานยาด้วยคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว การรักษาด้วยยานี้ นอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ระยะนี้ใช้การรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ผู้ป่วยซึ่งได้รับยารักษาโรคจิตเป็นเวลาไม่นานเพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก โดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเป็นซ้ำอีกในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยา ในขณะที่ผู้ซึ่งยังคงรับประทานยาอยู่มีโอกาสเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 10-30 การรักษาในระยะนี้ถือว่าได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีปัจจัยได้แก่ ให้ยาขนาดน้อย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และสามารถรักษาอาการของโรคทางจิตเวชที่พบร่วมไปด้วยได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาฉีดประเภทออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting) ผู้ป่วยและญาติควรได้รับข้อมูลในการรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในเกาหลีของ กัง-ฮีซอน และซิ-ซังพาร์ค (Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park, 2002) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการกลับเป็นซ้ำของอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) แต่จะถูกพิจารณาให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า หรือกลุ่มอาการไม่เคลื่อนไหว (catatonic type) หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างช้าจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่กันไป (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) โดยประจุไฟฟ้าขนาดต่ำๆ (70-125) ที่ผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วยในเวลา 0.1-0.5 วินาที จะทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาท ทั้งในระดับ presynaptic และ postsynaptic ที่มีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยใช้รักษาโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันที่รุนแรงมากจนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่สามารถควบคุมอาการให้สงบลงโดยการให้ยา หรือโรคจิตที่มีอาการ catatonic ที่รุนแรงไม่ตอบสนองต่อยา การทำ ECT ใช้กันทั่วๆ ไปมี 2 ชนิดคือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาสลบ (modified ECT) เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่

ร่างกายผู้ป่วยภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบ (general anesthesia) และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาสลบ (unmodified ECT) เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอกจากนี้การติดขั้วที่ขมับ มี 2 วิธี คือ การวางขั้วไฟฟ้าขั้วเดียว (unilateral) เป็นการวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับด้านที่เป็น นอนโดมิแนนฮิมิสเฟีย (non-dominant hemisphere) และอีกวิธีคือการวางขั้วไฟฟ้าสองขั้ว (bilateral) เป็นการวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับทั้งสองข้างจำนวนครั้งและความถี่ของการรักษาด้วย ECT แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง และวันเว้นวัน ข้อห้ามและภาวะที่ควรระวัง โรคหัวใจ เนื่องจากในสมอง สมองบวม หรือภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงมาก (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3. การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatment) การรักษาทางจิตสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยการรักษาที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อที่จะเพิ่มความสามารถด้านสังคม ด้านการดูแลตนเอง ทักษะในการปฏิบัติ และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งต้องควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอ (Sadock and Sadock, 2003; Hales, Yodofsky and Gabbard, 2008) จากการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของ วัตนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์ (2549) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางสังคมต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสนใจตัวเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังบุคลิกภาพส่วนตัว และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นเวลานาน การรักษาจะได้ผลดีหากบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การรักษาจิตสังคมที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

3.1 จิตบำบัด (psycho therapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษา ฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็จริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) และโดยการส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษา และรับประทานยาครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) จากผลการศึกษาผลของนอร์แมน (Norman, et al., 2002) พบว่าโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมมีการติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อย

3.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเองคิดว่าตนเองดูแลลูกไม่ดีทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้เรื่องโรค และสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ และแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระการดูแลของครอบครัวเป็นอย่างมากและก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านลบต่อผู้ป่วย ญาติเกิดความเครียดง่าย และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งและขาดการรักษา ทำให้อาการของโรคกำเริบง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) จากการศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของเฮิร์ซ (Herz, et al., 2002) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ และการสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัว และกลุ่มครอบครัว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำหรือได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาต่ำ (ทูลาภา บุญผาสังข์, 2545)

3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีความเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

3.4 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรมรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ทั้งด้านสุขภาพจิต และทั่วไป รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย นอกจากนี้การบำบัดแบบนี้ในระยะเฉียบพลันยังช่วยกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) จากผลการศึกษาของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบมีเป้าหมายต่อการลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนำของกัมแลย์ (Gumley, et al., 2003) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 5 ครั้งในระยะเวลา 12 สัปดาห์แรก จากการติดตามผลเป็นเวลา 12 เดือน การกลับมารักษาซ้ำและการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.5 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550)

3.6 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) การรักษารูปแบบนี้จะสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเห็นว่าอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะบกพร่องในด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Sadock and Sadock, 2003) การฝึกทักษะทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีทักษะในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเอง และการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) จากการศึกษาของยู-เตาเซียง (Yu-Tao Xiang et al., 2007) ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวกลับสู่ชุมชนของจีนในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวกลับสู่ชุมชน และมีการติดตามผลเป็นเวลา 24 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคม การรู้จักตนเองและอาการทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำนานกว่า และอัตราการกลับป่วยซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาเมย์เจด (Meijel et al., 2006) พบว่าผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง มีการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3.7 การฟื้นฟูอาชีพ (Vocational Therapy) เป็นการฝึกอาชีพผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาเลี้ยงชีพตนเองได้ โดยอาจจะฟื้นฟูทักษะเดิมของผู้ป่วยที่เคยทำหรือพัฒนาให้ทำสิ่งใหม่ๆ (Sadock and Sadock, 2003) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพ แต่ก็ไม่สามารถทำงานได้ หรือไม่มีงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาอยู่โรงพยาบาล การฟื้นฟูอาชีพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการอยู่ในสังคมด้วยการทำงานโดยพัฒนาทักษะการทำงานที่เหมาะสม และมีคุณค่าแก่ตนเอง (McGorry, Killackey and Lambert, 2005)

กระบวนการที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้จิตเภทสูงอายุที่สามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดูแล และพึ่งพาตนเอง สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว และชุมชน ซึ่งอาจมีหลายรูปแบบ เช่น การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) หรือการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อดูแลตนเอง (self care education) โดยคำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถข้อจำกัดของผู้สูงอายุ และครอบครัว ควรเริ่มกระบวนการนี้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล โดยการกำหนดร่วมกันในสหวิชาชีพด้วยรูปแบบ หรือแนวคิด **D-M-E-T-H-O-D** สามารถพิจารณาองค์ประกอบได้ครบถ้วนขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

D (disease) ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท

M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจ และสังคม เช่น การฝึกอาชีพ

T (Treatment) ผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้าใจเป้าหมายของการบำบัดรักษา สามารถสังเกตอาการ หรือพฤติกรรมของตนเอง และรายงานอาการหรือพฤติกรรมที่สำคัญให้แพทย์ / พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะที่เสี่ยงด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงโรงพยาบาล

H (Health) ผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้าใจภาวะการป้องกัน โรคของตน ตลอดจนการอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชน รวมถึงความสามารถในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถป้องกันโรคได้

O (Outpatient Referral) ผู้สูงอายุเข้าใจ และทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง รวมทั้งการส่งต่อ สรุปผลการบำบัดรักษา และแผนการบำบัดรักษาให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ

D (Diet) ผู้สูงอายุเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะ และข้อจำกัดด้านสุขภาพ

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะเป็นวัยที่อายุน้อย หรือวัยสูงอายุเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดสับสนเป็นต้น และอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม ส่งผลทำให้มีความบกพร่องของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันลดลง โดยลักษณะอาการจะแสดงได้อย่างน้อย 6 เดือน และหากมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะทำให้ผู้ที่ป่วย มีความพร่องต่างๆ เพิ่มขึ้น การป่วยซ้ำจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ ที่ไม่สามารถทำนายได้เกิดขึ้น หรือสิ่งกระตุ้นเดิมที่มีอยู่แต่มีความรุนแรงขึ้น (UNC, 2007) ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (Hewitt and Birchwood, 2002) และควรให้การพยาบาลผู้ป่วย และครอบครัวพร้อมๆ กันเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพชร คันธสายบัว, 2544) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ผู้ให้การพยาบาลต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ

การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) และช่วยป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามศักยภาพของตนเอง เพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายสูง ลดการเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว และลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายเช่น

เคิร์ก (Clarke, 2005) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ว่า คือการที่มีสมมุติฐานที่แตกต่างกันภายใต้กรอบแนวคิดของโครงสร้าง หรือการขึ้นจาก การกระทำ ซึ่งเนื้อหากระบวนการอยู่ภายใต้ทฤษฎีพื้นฐาน ในการวิเคราะห์สถานการณ์นั้น ควรมีทั้งทางด้านสังคม พื้นที่แล้วทำออกมาเป็นผังสถานการณ์ ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นไร

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึง การศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2551) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกในโรงพยาบาล / คลินิก / หน่วยงาน / ชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์และองค์ความรู้ของแต่ละสาขาวิชา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นฐานความรู้ สำหรับการตัดสินใจการดำเนินงานของโรงพยาบาล / คลินิก / หน่วยงาน / ชุมชน ซึ่งขนาดของปัญหาต้องอยู่ในวิสัยที่สามารถทำสำเร็จได้ในระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้ระเบียบวิจัยเพื่อนำมาเสนอผลการวิเคราะห์และนำผังสถานการณ์ของการเกิดปัญหา ความต้องการของหน่วยงานเพื่อแนะแนวทางแก้ไขปัญหามาตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงสถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situational Analysis) ว่าเป็นการให้ความหมายในเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่องช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มาหรือสาเหตุตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา

ในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การศึกษาระบบองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่าทำมาจากอะไร มีองค์ประกอบอะไรเกิดขึ้นมาได้อย่างไรเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เกี่ยวข้องกับ การศึกษาการตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริงอันนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินตัดสินในเรื่องนั้นๆ

อดุลย์ วุฒิจูริพันธุ์ (2551) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) และการประเมินความต้องการ (Need Assessment) หมายถึงการสืบค้นข้อมูลของตัวชีวิตต่างๆ เพื่อพิจารณาสถานการณ์ปัจจุบันด้านภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งช่องว่างที่เกิดขึ้นแสดงถึงปัญหา

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) สามารถสรุปได้ว่าเป็นการอธิบาย ถึงปัญหาเชิงลึกในการแก้ไขปัญหา โดยวิเคราะห์ถึง จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งที่คุณภาพ และผลกระทบต่อองค์กรตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงหรือคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ศึกษา ซึ่งสามารถนำผลของการศึกษามาเขียนเป็นผังสถานการณ์ เพื่อที่จะนำประเด็นที่ศึกษาไปพัฒนารูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบริการทางคลินิกผู้ศึกษาจึงใช้กรอบของการประเมินผลการดำเนินการของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถที่จะเกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการและกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีหลายรูปแบบ แบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ตามทฤษฎีกราวด์เด็ต (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)

2. การวิเคราะห์สถานะแวดล้อม (SWOT analysis) เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์ สำหรับองค์กร หรือ โครงการ ซึ่งช่วยผู้บริหารกำหนดจุดแข็ง และจุดอ่อนจากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาส และอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนผลกระทบที่มีศักยภาพจากปัจจัยเหล่านี้ต่อการทำงานขององค์กร เป็นกลยุทธ์สำคัญ และจำเป็นขององค์กรในการทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (นันทิยา หุตานวัตร และณรงค์ หุตานวัตร, 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 เป็นผลจากการที่สภาพแวดล้อมภายนอกของบริษัทเอื้อประโยชน์ หรือส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กร โอกาสแตกต่างจากจุดแข็งตรงที่โอกาสนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก แต่จุดแข็งนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายใน นักการตลาดที่ดีจะต้องเสาะแสวงหาโอกาสอยู่เสมอ และใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้น และสุดท้าย T มาจาก Threats หมายถึง อุปสรรค ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งธุรกิจจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การตลาดให้สอดคล้องและพยายามขจัดอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ได้จริง

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินคุณภาพการดูแล ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่า ในองค์ประกอบดังกล่าวไม่สามารถก่อให้เกิดคุณภาพโดยลำพัง แต่หากมีโครงสร้างที่ดี มีกระบวนการที่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้าง มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการก็มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียด แต่ละองค์ประกอบดังนี้

3.1 โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ความพอเพียงของทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นปัจจัยหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

3.1.1 ลักษณะขององค์กร (organization characteristics) ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3.1.2 ปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน (material resources) ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ เพื่อใช้ในการบริการดูแลสุขภาพ

3.1.3 ทรัพยากรบุคคล (human resources) อัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร

3.2 กระบวนการ (process) หมายถึง การดำเนินงานของบุคลากรที่มีสุขภาพ การประเมิน และการวินิจฉัย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ การป้องกัน และการให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่อง การประสานงานการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย

3.3 ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ โดยศึกษาครอบคลุมด้านการดูแลของผู้ดูแล และการดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพ

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินคุณภาพการดูแลตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการศึกษาถึง โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ของคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน มีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อ ให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง ใดๆอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่ง ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี ซึ่ง อนุวัฒน์ สุภชุติกุล (2544) กล่าวว่า โครงสร้างที่ดีนั้นจะช่วยชี้นำเชื่อมโยงให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดความต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

การศึกษานี้ผู้ศึกษา ได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูล คือ การสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (interview)

การสัมภาษณ์เป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) เป็นการสนทนา ระหว่างผู้มีข้อมูลกับผู้ต้องการทราบข้อมูล เป็นการถาม-ตอบกันโดยตรง หากมีข้อสงสัยหรือเข้าใจไม่ชัดเจนก็ทำความเข้าใจจนชัดเจนในที่นี้ เป็นการสร้างความเข้าใจให้ทั้งคู่ตอบ และผู้ศึกษา (สำนักงานกองทุนเครื่องมือสนับสนุนการวิจัย, 2551)

จากการศึกษาพบว่าการสัมภาษณ์มีหลายประเภทแบ่งตามจุดมุ่งหมาย และขอบเขตของการสัมภาษณ์ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) เป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้รู้ และมีประสบการณ์ในประเด็นที่สัมภาษณ์ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง โดยที่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถาม เพื่อให้อยู่ในขอบข่ายตามประเด็นที่ศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

1.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสัมภาษณ์ เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิด และแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง โดยมีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย, 2549)

การสัมภาษณ์ คือ การสนทนาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ต้องการ โดยอาจมีแนวคำถามไว้เป็นเบื้องต้นเพื่อการสนทนา (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) การสัมภาษณ์แบบนี้ ผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์จะมีความเป็นอิสระ และเป็นส่วนตัวมาก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที ซึ่งข้อมูลถูกเก็บขึ้นมาโดยการยกคำพูดขึ้นมาคำต่อคำ โดยผู้บันทึกไม่เปลี่ยนแปลงคำเหล่านั้น และจะบันทึกบริบท เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ในขณะที่ทำการบันทึกคำพูดนั้น เพื่อการตีความภายหลัง ข้อมูลเหล่านี้ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ หรือประสบการณ์ต่างๆ การรับรู้ความเห็น ความรู้สึก (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2551)

2. การสังเกต หมายถึง การใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด โดยเฉพาะตา และหู ในการเก็บข้อมูลของปรากฏการณ์ต่างๆ ด้วยความตั้งใจ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตอย่างเป็นระบบ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหล่านั้น กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2551) เป็นการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ และละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่าง พร้อมๆ กัน เช่น ตา หู ฟัง ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การสังเกตจะกระทำควบคู่กับการจดบันทึก หรือบันทึกภาคสนาม (Field notes) การสนทนา และการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมาย และอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548)

ซึ่งในการวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการสัมภาษณ์ สอบถาม และการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลโดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบไปด้วยโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ

(Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหา การกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย และได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลโดยมีการพัฒนาการบริการสุขภาพจิต และจิตเวชที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ และได้รับความปลอดภัย

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลสวนปรุง ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และวิกฤตทางจิต โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแล คือ 1) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า 3) การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม และ 4) การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การทำกิจกรรมกลุ่ม การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการฝึกทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ ฝึกพฤติกรรมดูแลตนเอง การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาล มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องครอบคลุม โดยทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่การตรวจรักษา การบำบัดทางจิตในรายที่มีปัญหาซับซ้อน จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การจัดการรายกรณี (Case management) มีการประสานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่อง และมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาใกล้บ้าน บางรายมีปัญหาซับซ้อน มีความยุ่งยากในการดูแล และปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการกลับมารักษารักษาซ้ำ แต่ไม่มีรูปแบบเฉพาะในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) กรมสุขภาพจิตได้สนับสนุนบุคลากรเพิ่มพูนความรู้ โดยมีการจัดการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นระยะเวลา 4 เดือน และสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา มีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่าย แต่ยังมีจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ในปีงบประมาณ 2551-2553 เป็นจำนวน 110, 108, 98 คิดเป็นร้อยละ 34.61, 35.41, 36.98 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุโรงพยาบาลสวนปรุง จึงตระหนักถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างกระบวนการ ผลลัพธ์ และความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการกลับมารักษารักษาซ้ำ และเพื่อหาแนวทางในการป้องกันในการกลับมารักษารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีอัตราผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเข้ารับบริการ สูงขึ้นจากเดิม จากสถิติการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงานแม้ว่าจะได้ดำเนินการแก้ไขมาระยะหนึ่งแล้ว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้กรอบการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของ โคนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิเคราะห์โครงสร้าง (Structure) หมายถึง 1.1) ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1.2) ด้านปัจจัย หรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ 1.3) ด้านทรัพยากรบุคคล อัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร 2) การวิเคราะห์กระบวนการ (Process) หมายถึง การดำเนินงานของบุคลากรทีมสุขภาพ 2.1) การประเมิน และการวินิจฉัย 2.2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 2.3) การป้องกัน และการให้ความรู้ 2.4) การดูแลต่อเนื่อง 2.5) การประสานงานการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย 3) การวิเคราะห์ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง 3.1) สถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.3) ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 3.4) การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จากทีมสุขภาพ หลังจากรับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจ และทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ให้ได้ข้อมูลครอบคลุมในการดูแล โดยรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต นำเสนอผลการวิเคราะห์ และเขียนผังสถานการณ์ นำผลการวิเคราะห์มาประเมินคุณภาพการดูแล และนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้อย่างตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำต่อไป