

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ การรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีการร่วมกัน (multi-method) ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์การปฏิบัติงาน และแบบรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2554 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2554 จำนวน 4 กลุ่ม ในทีมผู้บริหาร 8 ราย ทีมสุขภาพ 10 ราย ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 8 ราย และญาติหรือผู้ดูแล 10 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอผลการศึกษาในรูปตารางประกอบบรรยาย และข้อมูลในการสัมภาษณ์รายบุคคล รายกลุ่ม และการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน มาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดประเด็นเป็นหมวดหมู่ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล ผังสถานการณ์ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหาร 8 ราย กลุ่มบุคลากรที่มศุภาพ 10 ราย กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ 8 ราย และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1-4

#### ตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้บริหาร โรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ( $n=8$ )

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)
เพศ		
ชาย		1
หญิง		7
อายุ		
45-50 ปี		6
51-60 ปี		2
(range = 45-57, $\bar{X}$ = 48.75 , SD = 3.99)		
หน่วยงาน		
องค์กรแพทย์		1
กลุ่มการพยาบาล		7
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
20-25 ปี		5
มากกว่า 25 ปี		3
(range = 23-32, $\bar{X}$ = 25.75 , SD = 2.81)		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ		
3-10 ปี		3
มากกว่า 10 ปี		5
(range = 3 - 26, $\bar{X}$ = 12.88 , SD = 8.04 )		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้บริหาร โรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน  
หน่วยงานระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (n=8)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ประสบการณ์การในการอบรม สัมมนา หรือเพิ่มพูนความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ	
ไม่เคย	5
เคย	3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มผู้บริหารเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 7 ราย เป็นเพศชาย  
จำนวน 1 ราย มีอายุเฉลี่ย 48.75 ปี โดยมีช่วงอายุ 45-50 ปีมากที่สุดจำนวน 6 ราย มีตำแหน่งเป็น  
หัวหน้างานมากที่สุด จำนวน 8 ราย มาจากหน่วยงานหน่วยละ 1 ราย โดยมีระยะเวลา  
ปฏิบัติงาน 20 - 25 ปี มากที่สุด จำนวน 5 ราย ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 25.75 ปี มีประสบการณ์  
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่า 10 ปี มากที่สุดจำนวน 5 ราย  
ประสบการณ์ในการดูแลเฉลี่ย 12.88 ปี และไม่ได้รับการอบรม สัมมนา หรือเพิ่มพูนความรู้ในการ  
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 5 ราย

## ตารางที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงาน เวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (n=10)

	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	ชาย	1
	หญิง	9
อายุ	25 - 29 ปี	2
	40 - 45 ปี	6
	50 ปีขึ้นไป	2
	(range = 25 - 51, $\bar{X}$ = 41.9, SD = 9.56)	
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ	9
	นายแพทย์ชำนาญการ	1
หน่วยปฏิบัติงาน	องค์กรแพทย์	1
	ตึกมูทิตา	4
	ตึกจิระ	5
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	1 - 9 ปี	2
	10 - 19 ปี	2
	20 - 29 ปี	6
	(range = 2 - 29, $\bar{X}$ = 19.1, SD = 9.36)	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ	น้อยกว่า 5 ปี	5
	5-10 ปี	3
	มากกว่า 10 ปี	2
	(range = 1- 14, $\bar{X}$ = 6.3, SD = 5.08)	



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงาน เวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ประสบการณ์การในการอบรม สัมมนา หรือเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ	
ไม่เคย	4
เคย	6

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นเพศหญิงมากที่สุด 8 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย มีอายุเฉลี่ย 41.9 ปี โดยมีอายุระหว่าง 40-45 ปีมากที่สุด จำนวน 6 ราย มีอายุระหว่าง 25-29 ปี และ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 2 ราย มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 8 ราย มีตำแหน่งแพทย์ชำนาญการ จำนวน 1 ราย เป็นผู้ปฏิบัติงานจากแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 9 ราย โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 20 - 29 ปี มากที่สุดจำนวน 6 ราย ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 19.1 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุดจำนวน 5 ราย ประสบการณ์ในการดูแลเฉลี่ย 6.3 ปี และได้รับการอบรม สัมมนา หรือเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 6 ราย

## ตารางที่ 3

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=8)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)
เพศ	ชาย	4
	หญิง	4
อายุ	60-64 ปี	6
	65-70 ปี	2
	(range = 60 – 70 , $\bar{X}$ = 62.2 , SD = 2.12 )	
สถานภาพ	โสด	2
	คู่	3
	หม้าย	3
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	7
	มัธยมศึกษา	1
ศาสนา	พุทธ	8
	อาชีพ	
	รับจ้าง	1
	เกษตรกร	3
	ค้าขาย	3
	ว่างงาน	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=8)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
รายได้ต่อเดือน	
เพียงพอ / มีเก็บ	6
ไม่เพียงพอ	2
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน	
อยู่คนเดียว	2
คู่สมรส	2
บิดา / มารดา	1
พี่ / น้อง	3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
1-3 คน	5
4-6 คน	3
สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแล	
คู่สมรส	2
พี่ / น้อง	3
ตนเอง	3
โรคประจำตัว	
ไม่มี	2
โรคความดันโลหิตสูง	3
โรคไขมันในเลือดสูง	2
โรคเบาหวาน	1

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=8)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>	
น้อยกว่า 5 ปี	1
5 - 10 ปี	5
มากกว่า 10 ปี	2
(range = 4 - 40, $\bar{X}$ = 15.1 , SD = 15.50)	
<b>พฤติกรรมส่วนบุคคล</b>	
<b>พฤติกรรมการดื่มสุรา</b>	
ไม่เคย	2
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	4
มีพฤติกรรมดื่มสุรา และยังคงดื่มอยู่	2
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>	
ไม่เคย	4
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	1
ยังสูบบุหรี่	3

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำเป็นเพศชาย และเพศหญิงจำนวน 4 ราย อายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี อายุเฉลี่ย 62.2 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด จำนวน 4 คน มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา 7 ราย นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย และเกษตรกรรม จำนวน 3 ราย มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพียงพอ จำนวน 6 ราย บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย คือ ญาติ จำนวน 4 ราย สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นญาติ จำนวน 6 ราย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคทางกายจำนวน 6 ราย มีพฤติกรรมการดื่มสุราจำนวน 6 ราย และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 4 ราย

## ตารางที่ 4

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)
<b>เพศ</b>		
ชาย		3
หญิง		7
<b>อายุ</b>		
30-39 ปี		1
40-49 ปี		2
50-59 ปี		5
60 ปีขึ้นไป		2
(range = 32 - 63, $\bar{X}$ = 52.2, SD = 9.28)		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด		3
คู่		7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา		7
มัธยมศึกษา		1
ปริญญาตรี		2
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ		10
<b>รายได้</b>		
เพียงพอ / มีเก็บ		8
ไม่เพียงพอ		2
ไม่มีรายได้		2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>	
น้อยกว่า 5,000 บาท	2
5,000 –10,000 บาท	7
มากกว่า 10,000 บาท	1
(range = 3,000 - 20,000, $\bar{X}$ = 6,600, SD = 4,926.12)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>	
สามี/ภรรยา	3
บุตร	3
พี่น้อง	4
<b>ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ</b>	
น้อยกว่า 5 ปี	4
5-10 ปี	3
มากกว่า 10 ปี	3
(range = 3 - 30, $\bar{X}$ = 9.5, SD = 8.34)	

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 7 ราย อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี สูงสุดคือจำนวน 5 ราย มีอายุเฉลี่ย 52.2 มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่จำนวน 7 ราย มีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 7 ราย มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพียงพอจำนวน 8 คน รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 3,000-20,000 บาท รายได้เฉลี่ย 6,600 บาท ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นญาติ 4 ราย ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 ราย และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.5 ปี

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

### 1. ด้านโครงสร้าง (Structure)

หมายถึง 1.1) ลักษณะขององค์กร ได้แก่ นโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1.2) ด้านปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา และอาคารสถานที่ 1.3) ด้านทรัพยากรบุคคล อัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแบบสอบถามรายบุคคล และรายกลุ่มด้านโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ซึ่งนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

#### 1.1 ลักษณะขององค์กร (Organization characteristic)

1.1.1 ไม่มีนโยบายเฉพาะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จะใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ไม่มีแนวนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีแต่แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”

“ยังไม่เห็นนโยบาย ผู้ป่วยสูงอายุของเรา ก็จะเป็นผู้ป่วย Dementia จิตเภทที่มีอยู่บ้าง การดูแลไม่ได้แยกโรคชัดเจน”

“นโยบายหลักไม่มี คือให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเพราะอะไร เช่น เรื่องยา ก็จะแนะนำเรื่องการรับประทานยา”

“นโยบายหลักในการดูแลเฉพาะ ไม่มี รักษาตามอาการ ดูแลให้ผู้ป่วยรับยาอย่างต่อเนื่อง”

“นโยบายเฉพาะเจาะจงเรายังไม่มี แต่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมี CPG ในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และไม่ได้เจาะจงว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำหรือไม่”

1.1.2 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

“โรงพยาบาลสวนปรุงมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตึกที่รับผิดชอบก็มีตึกมุขิตา และตึกจิระ ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทุกโรค”



“ตีกมุทิตาจะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุชายทุกโรค รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่กลับมารักษาซ้ำด้วย”

## 1.2 ด้านปัจจัย หรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน (material resources)

1.2.1 งบประมาณมีเพียงพอ การจัดสรรงบประมาณเป็นภาพรวมจากเงินบำรุงเหมือนกันทุกโรค และมีการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา อย่างเพียงพอ สามารถเบิกได้ตามแผนการรักษา ใช้ร่วมกันสำหรับผู้ป่วยทุกโรค ไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ไม่มีงบประมาณ โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ”

“งบประมาณจะเป็นงบปกติของโรงพยาบาล ไม่ได้งบจากหน่วยงานอื่น”

“งบประมาณจากเงินบำรุงเหมือนกันทุกโรค ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน”

“งบประมาณด้านเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆมีอยู่แล้ว แต่ไม่ได้แยกชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”

“วัสดุ อุปกรณ์ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แต่จะใช้ร่วมกันทุกโรค”

“วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสม สามารถเบิกได้ตามแผนการรักษา”

“วัสดุ อุปกรณ์ ไม่ได้แยกเฉพาะว่าเป็นของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำหรือไม่ เราใช้ร่วมกันในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุทั้งหมด”

1.2.2 อาคารสถานที่ มีสถานที่เป็นส่วนเฉพาะ มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีห้องประชุม ห้องรับผู้ป่วยใหม่ ห้องกิจกรรม และห้องฟื้นฟูผู้ป่วย ใช้ร่วมกันสำหรับผู้ป่วยทุกโรค ไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“มีสถานที่ที่กว้างขวาง เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้แยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ”

“มีหลายห้อง ห้องรับใหม่ ห้องประชุมเป็นส่วน ใช้สำหรับการรับส่งเวร และจิตบำบัดรายบุคคล มีห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัด ส่วนมากจะเป็นกลุ่มจิตบำบัดประทับประคอง”

“โรงพยาบาลสวนปรุงมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตึกที่รับผิดชอบก็มีตีกมุทิตา และตึกจิระ ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทุกโรค”

### 1.3 ด้านทรัพยากรบุคคล (human resources)

1.3.1 ด้านอัตรากำลัง ทีมผู้บริหารส่วนใหญ่คิดว่ามีจำนวนบุคลากร และมีอัตรากำลังที่เพียงพอ ส่วนบุคลากรที่มสุขภาพส่วนมากคิดว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งมีภาระงานหลายด้าน ถ้ามีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม มีการจัดอัตรากำลังเพิ่ม โดยหัวหน้าตึกจะเป็นผู้ประเมินการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“มีการจัดอัตรากำลังตามกรอบที่มีให้ ตามจำนวนอัตรากำลัง ถ้ามี *Over load* ก็จะมีการจ้าง *OT* ตามความเหมาะสมระดับหนึ่ง การมอบหมายการดูแล มีระบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะดูแล *Case* ของตนเอง”

“มีการจัดอัตรากำลังโดยรวม การดูแลผู้ป่วยดูแลโดยรวมทุกโรคที่เข้ารับการรักษามีอัตรากำลังแค่ทีมเดียวในการดูแล”

“อัตรากำลังจะเป็นภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ บางช่วงก็เพียงพอ ในช่วงที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องดูแล *ADL* ระวังอุบัติเหตุ ก็จะขอ *OT* เพิ่ม”

“อัตรากำลัง จะมีบางวันที่เพียงพอ ถ้าบางวันที่มีผู้ป่วยเยอะ มีโรคร่วมทางกาย จะมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ”

“อัตรากำลังไม่เพียงพอ เพราะผู้ป่วยต้องใช้การดูแลแบบ *Intensive* ต้องเจาะลึกมีเวลาในการสนทนาเชิงบำบัด ให้การดูแล พื้นฟู ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย ไม่สามารถทำได้ทุกราย มีเฉพาะ *case management* จะสามารถทำได้ครบทุกขั้นตอน”

1.3.2 มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร การพัฒนาตนเอง การศึกษาต่อ ทั้งภายในหน่วยงาน และของโรงพยาบาล มีการประเมินสมรรถนะบุคลากร การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“การพัฒนาตนเอง การศึกษาต่อ ทั้งของหน่วยงาน ของโรงพยาบาล กรมสุขภาพจิต ให้การสนับสนุนบุคลากรทุกคน ทางตึกก็สนับสนุนเต็มที่”

“ส่งพยาบาลเข้าร่วมการอบรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”

“...ถ้ามีการอบรม หรือประชุมวิชาการก็สนับสนุน”

“การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทุกเข้าจะมีการ *Conference* ดูใน *case* ที่มีปัญหา หรือเป็น *case* ที่น่าสนใจ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่รับเข้ามา จะได้รับยาในกลุ่มใหม่ เช่น *Clozapine* ผู้ป่วยได้รับยาแล้วมีปัญหาอย่างไรบ้าง ก็จะนำมาคุยกันในช่วง *conference*”

“การพัฒนาจะมีการประเมินสมรรถนะทุกปี การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทีม PCT จิตเภทได้จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลทุกคนปฏิบัติตาม CPG แต่ไม่เฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ”

“On the job training ส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาเป็น short course ในโรงพยาบาล ส่งพยาบาลเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท การพัฒนาแบบคัดกรองผู้สูงอายุ ส่งเข้าอบรมพัฒนางาน ไปดูงานนอกสถานที่ เสนอโครงการขอไปอบรม”

## 2. ด้านกระบวนการ (Process)

หมายถึง 2.1) การประเมิน และการวินิจฉัย 2.2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำ 2.3) การป้องกัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล 2.4) การดูแลต่อเนื่อง 2.5) การประสานงาน ส่งต่อ และการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมิน โดยแบบสอบถาม รายบุคคล และรายกลุ่มด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำที่ผู้ศึกษา พัฒนาขึ้น โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

**2.1 การประเมิน และการวินิจฉัย** ไม่มีแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำ มีการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scale; HoNOS) และ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination; MMSE) บุคลากรทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้การประเมินจากการซักประวัติอาการ การเจ็บป่วยที่สามารถสังเกตได้ และการ สัมภาษณ์จากญาติ และผู้ป่วย ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลตามปัญหาของ ผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ไม่มีเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย แต่จะประเมิน วินิจฉัยจากประวัติ จากอาการ การซักประวัติ และการตรวจสภาพจิต ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม ก็จะใช้แบบทดสอบ MMSE ในการประเมินผู้ป่วย”

“ไม่มีแบบประเมินที่ชัดเจน ดูแลตามปัญหาผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมาด้วยสาเหตุอะไร”

“ประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมิน HoNOS”

“เครื่องมือในการประเมิน วินิจฉัยผู้ป่วยไม่มี จะประเมิน โดยการสัมภาษณ์จากญาติ และผู้ป่วย ถ้ามีปัญหาอะไรก็ดูแลตามปัญหานั้น”

“ยังไม่มีคู่มือ หรือแนวทางที่เฉพาะเจาะจง แต่จะมีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เราจะใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำด้วย”

2.2 การดูแลและรักษา ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แต่มีการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีการวางแผนการดูแลร่วมกับญาติผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เพราะส่วนมากผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ การรู้คิด ความจำไม่ดี หลงลืมง่าย การให้ความรู้แก่ญาติจึงมีความสำคัญ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“.....การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ไม่ได้แยกกลุ่มอายุ ในปีที่ผ่านมาเราก็จะมีโปรแกรม *Empowerment* ในญาติผู้ป่วยจิตเภท”

“การดูแลก็จะมี *PCT* เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาอะไร เราก็จะหาสาเหตุแล้วใช้กระบวนการในการดูแลให้ครอบคลุมทั้งหมด”

“การดูแลใช้กระบวนการเดียวกัน ไม่ได้แยกเฉพาะ น่าจะมีการแยกการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำน่าจะมีโปรแกรมในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยครั้งแรก”

“*PCT* จิตเภท จะมีแนวทางในการดูแลเฉพาะเป็นรายโรค แต่ยังไม่เฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ”

“ผู้ป่วยจิตเภทจะให้การดูแลตาม โปรแกรมอยู่แล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำเรายังไม่มีโปรแกรมเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย”

“ไม่มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ จะใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ”

2.3 การป้องกัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำและญาติ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกเริ่ม เรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวขณะอยู่รักษา มีการจัดบอร์ดให้ความรู้ และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ให้ข้อมูลความรู้ตั้งแต่แรกเริ่ม เช่นการให้ความรู้เรื่องยา วางแผนกับญาติในการดูแลกินยาของผู้ป่วย สำหรับญาติจะให้ความรู้แรกเริ่ม และตอน *Discharge* ในผู้ป่วยจะให้ความรู้ตอนอยู่รักษา”

“ให้ความรู้ตาม *D-method* ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจะมีโรคร่วมทางกาย ทำให้ไม่สามารถส่งเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้”

“ผู้ป่วยสูงอายุ *Cognitive* ไม่ดี จะหลงลืมง่าย การให้ความรู้แก่ญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะให้แบบรายบุคคล ในตอนรับใหม่ ระหว่างมาเยี่ยมผู้ป่วย ในจำหน่าย”

“ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ ตั้งแต่ *admit* จน *Discharge* ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่รักษา ก็จะมีการเข้ากลุ่ม มีการจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องโรค”



“เน้นการให้ความรู้แก่ญาติ เพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำ”

**2.4 การดูแลรักษาต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ** ติดตามเยี่ยมในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการโทรศัพท์เยี่ยมและ ส่งต่อชุมชน และ โรงพยาบาลเครือข่ายให้ดูแลต่อ แนะนำผู้ป่วยให้ไปรับยาต่อเนื่อง ในรายที่แพทย์นัดตรวจจะออกใบนัดให้ จะโทรศัพท์ติดตามในรายที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“การดูแล เราจะวางแผนร่วมกับญาติผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ admit จนจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลให้ชุมชน และ โรงพยาบาลต้นสังกัด”

“ผู้ป่วย Discharge จะมีใบ Refer แนะนำผู้ป่วยให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ก่อนยาหมด ในรายที่แพทย์นัดตรวจจะออกใบนัด ในวันที่แพทย์ออกตรวจที่ OPD”

“การติดตาม case ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ส่งไปที่โรงพยาบาลเครือข่าย”

“ใน OPD ถ้าแพทย์นัดผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะโทรติดตาม แต่ถ้าไม่นัดก็ไม่ได้ติดตาม”

“มีการติดตามในรายที่ซับซ้อน เป็นการเยี่ยมบ้าน และ โทรศัพท์เยี่ยม แต่ไม่ทุกราย”

“ในรายผู้ป่วยซับซ้อนเราติดตามเยี่ยมอยู่แล้ว แต่ในรายที่ไม่ซับซ้อนเราจะโทรศัพท์ติดตาม โดยใช้โทรศัพท์ของกลุ่มการพยาบาล โทรศัพท์ของ ward หรือของตนเอง”

**2.5 การประสานงานการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วย** มีการติดตามของบุคลากรทีมสุขภาพ มีการประสานโรงพยาบาลเครือข่าย ประสานชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำญาติ และผู้ป่วยติดต่อรับยาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดพร้อมหนังสือส่งตัว โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ประสานโรงพยาบาลเครือข่ายในเรื่องการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลเครือข่ายที่จะตามให้เรา ถ้าผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในการดูแลของ โรงพยาบาลเครือข่ายก็จะไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง”

“ประสานโรงพยาบาลเครือข่ายใน case ที่ซับซ้อนเราจะแจ้งกับเครือข่ายในปัญหาต่าง ๆ จะมีจิตเวชเครือข่ายที่ออกเยี่ยมบ้าน ประสานชุมชนในการดูแลต่อ”

“การประสานเครือข่าย ประสานชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย”

“ผู้ป่วย Discharge จะมีหนังสือส่งตัวให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัด”

“กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย จะมีการประสาน โรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย”

### 3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

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

3.1 ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และมารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถสังเกตอาการ และบอกอาการผิดปกติของตนเองได้ เช่น นอนไม่หลับ หูแว่ว ระวังกลัวคนทำร้าย โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

3.1.1 ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถสังเกตอาการ และบอกอาการผิดปกติ

“กินยาตามตีหมอสั่ง ห้ามกินเหล้า กินเบียร์ กาแฟ ระวังแดงก่อกินบ่ได้”

“กินยาตามหมอสั่ง ถ้ามีอาการผิดปกติหื้อมาพบหมอ”

“กินยาตามหมอสั่ง ไปปรับยาต่อตีโฮงบาลใกล้บ้าน”

“ทำงานบ้าน ไม่ปล่อยให่ว่างเดี๋ยวจะคิดมาก”

“นอนบ่หลับ กินข้าวน้อย”

“มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนโน้น คนนี้ บ่เห็นตัว”

“หงุดหงิด ก้าวเขามาเหยียะหื้อ”

“หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ ตกใจง่าย”

3.1.2 ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ตีโฮงบาลจะมีแผ่นพับ แนะนำการปฏิบัติตัว”

“พยาบาลแนะนำก่อนกลับบ้าน”

“หมออนามัยมาเยี่ยมบ้าน มาแนะนำการปฏิบัติตัว”

“หื้อความรู้เรื่องโรค ”

3.1.3 ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร รับประทานยาด้วยตนเองได้ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“กินอ๋ม นอนหลับ”

“คืนเช่าอานน้ำ แปรงฟัน ก็น้ำว ก็นยา”

“อานน้ำ สระผม ตัดเล็บ”

3.1.4 ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีญาติดูแลจัดยาให้ ผู้ป่วยบางรายสามารถรับประทานยาได้เอง โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“สามีคอยจัดยาให้”

“ปี่ น่อง คอยดูแล เรื่องกับข้าวกับปลา จัดยาใส่ซองไว้ให้”

“น่องจัดยาให้ทุกมื้อ”

“น่องคอยดูแล”

“ก็นยาเอง”

3.1.5 ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมารับการรักษา และได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพออกเยี่ยมบ้าน โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“หมอดี โสภบาล ไปเยี่ยมที่บ้าน”

“พยาบาล โทรไปถามอาการ”

“พยาบาลอนามัยมาเยี่ยมที่บ้าน”

“ทางโฮงยาจะมีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน”

“อสม.มาเยี่ยมที่บ้าน”

3.2 ด้านความพึงพอใจต่อการดูแลของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาล ได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ได้รับการดูแลดี พอใจ”

“พยาบาลดูแลดีทุกคน”

“ได้รับการดูแลดีมาก”

“หมอ พยาบาลดูแลดีทุกคน”

“ดูแลดี สนใจคนไข้ดี”

3.3 ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ

3.3.1 ผู้ดูแลสามารถสังเกต และบอกอาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ เช่น อารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“สังเกตอาการคนไข้ สังเกตเองไม่มีใครแนะนำ มารักษาครั้งก่อนก็จำไม่ค่อยได้”



“การสังเกตอาการผู้ป่วย จะรู้เรื่องเก่า เรื่องหลัง เขาก่อนจะรู้เลยว่าเริ่มบ่ปกติแล้ว  
ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในการสังเกตอาการผู้ป่วย”

“สังเกตเป็นจะนั่งเหมอ นั่งที่เก่า แรก ๆ ก่อสังเกตคนเดียว พยาบาลก่อนแนะนำ  
เหมือนกัน”

“บ่กินยา ซิม อุ้อะหยังก่อบ่ฟัง พยาบาลเป็นแนะนำอ้อสังเกตอาการ”

“แกบ่กินข้าว ซิม นอนบ่หลับ”

“ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ให้สังเกตอาการผิดปกติ”

“เวลาประสาทขึ้น เป็นจะอู้หนัก บ่หลับ บ่นอน ซ้อของแจกเป็นไปเรื่อย”

“อู้ไปเรื่อย คิดแปลก ๆ”

“บ่ทำอะหยังซักอย่าง บอกก่อบ่ทำ ทำกับข้าวกินเอง บ่กินของคนอื่น ”

“บ่สนใจตัวเอง บ่ออาบน้ำ เก็บตัว”

3.3.2 ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยได้รับความรู้ข้อมูล  
จากบุคลากรทีมสุขภาพ และการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต มีข้อมูลสนับสนุน  
ดังต่อไปนี้

“ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล จากหมอ จากพยาบาล”

“หมอ พยาบาลเป็นแนะนำ อสม. ก่อเข้าไปเยี่ยมที่บ้าน”

“หมอ พยาบาลแนะนำ เปิด Internet ดูบ้าง”

“พยาบาลสอนการดูแล การสังเกตอาการผิดปกติ”

3.3.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม  
ญาติจะมีบทบาทในการสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำโดยมี  
ข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันเอง”

“กระตุ้นหื้อช่วยเหลือตนเองในการเข้าห้องน้ำ จริง ๆ อยากหื้อเป็นมีเวลาในการ  
ทำงานอดิเรก พอบ่มีอะหยังทำก่อกิน ๆ นอน ๆ ทำหื้อถดถอยหลายอย่าง”

“กระตุ้นหื้อทำงานบ้าน อ่านหนังสือ ซักผ้าของตัวเอง ถ้าเฮาบ่บอกหื้อเป็นทำ  
เป็นก่อบ่ทำ”

“หื้อช่วยเหลือตัวเก่า กินข้าว กินยา อาบน้ำ”

“ให้ทำกิจวัตรเอง บอกให้ไปอาบน้ำ ก็อาบได้”

“ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง บางครั้งต้องคอยกระตุ้น อาบน้ำต้องพาไป”

“บอกหื้อทำก็ทำได้”

3.3.4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้เหมาะสม  
ให้กำลังใจ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“พูดคุย ให้กำลังใจ ให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ”

“ไม่ต้องคิดมาก กินยาเดี๋ยวก็หาย”

“ไม่ต้องไปสนใจคนอื่น ตัวเราคำคัญที่สุด”

“บ่ต้องเครียด กินยาไปเดี๋ยวก็หาย บ่ต้องไปฟังชาวบ้าน”

“บ่ต้องไปสนใจคำพูดคนอื่น มันอยู่ที่ตัวเขา”

“บ่เป็นหยิ่งหรือก บ่ต้องเครียด”

“หื้อกำลังใจ บ่ต้องเครียดอะหยั่ง ไปไหนก่อนจวนเป็นไป”

3.3.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือดูแลการรับประทานยา จัดยาให้ตามเวลา  
โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ดูแลหื้อกินยาสม่ำเสมอ เป็นคนจัดยาหื้อคนไข้เอง จัดหื้อทุกมื้อ”

“จัดยาไว้ให้กินตามเวลา คอยเตือนบางครั้ง”

3.3.6 ผู้ดูแลทั้งหมดสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่มารับการรักษา  
และติดตามได้ต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วย และพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“พามาตรวจเอง บางครั้งลูกหลานพามาส่ง”

“ส่วนใหญ่จะพาผู้ป่วยมาตรวจตลอด แต่ถ้าไม่ว่างจริง ๆ จะเป็นพ่อ”

“พาเป็นมาตรวจตามนัดตลอด”

“การมาตรวจตามนัด จะเป็นคนเตรียมเป็น มาส่งเป็นตรวจ”

## ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ  
จำแนกรายข้อ (n=8)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ	ค่าเฉลี่ย	การแปรผล
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรม หรือกิจกรรม: โปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	2.10	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎ และระเบียบต่างๆ: ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.10	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของเป็นท่านอย่างไร	1.40	ปานกลาง
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์ เกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ การรักษา และสิ่งที่สามารถคาดหวังได้เป็นอย่างไร	2.20	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจที่จะตอบคำถามของท่านอย่างไร	2.10	ดี
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลอย่างไร	2.20	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.30	ดี
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.10	ดี
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	1.70	ปานกลาง
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจ และมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่านต้องการอย่างไร	1.90	ปานกลาง
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่านมีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญเพียงใด	1.80	ปานกลาง
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติ และยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	2.10	ดี
13. ความมั่นใจ และความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	2.20	ดี

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ  
จำแนกรายข้อ (n=8)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ	ค่าเฉลี่ย	การแปรผล
14. ความสุภาพอ่อนโยน และความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	2.20	ดี
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	2.10	ดี
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถานบริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	1.90	ปานกลาง
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร	2.00	ดี
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล: จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด	2.10	ดี
ค่าผลรวม	2.03	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่าการรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จากทีมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.03 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี การรับรู้ที่มากที่สุดได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านข้อมูลที่ได้รับ ความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูล ความมั่นใจ และความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ ความสุภาพอ่อนโยน และความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะอยู่ในระดับ ดี ส่วนด้านที่มีคะแนนในระดับปานกลาง คือ การเอาใจใส่กับความต้องการ ความร่วมมือหลังออกจากสถานบริการ บุคลากรมีความเข้าใจ และให้ความสำคัญในความคิดของท่าน การยอมรับฟังความคิดเห็น และข้อมูลที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยเป็น 1.40

## ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่  
กลับมารักษาซ้ำ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย	การแปรผล
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรม หรือกิจกรรม: โปรแกรม หรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่าน มากน้อยเพียงใด	2.30	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎ และระเบียบต่าง ๆ : ท่าน ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.40	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของเป็นท่านอย่างไร	1.90	ปานกลาง
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์ เกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ การรักษา และสิ่งที่สามารถคาดหวังได้ เป็นอย่างไร	2.30	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจที่จะ ตอบคำถามของท่านอย่างไร	2.40	ดี
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับ ข้อข้อมูลอย่างไร	2.40	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็น อย่างไร	2.50	ดี
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.60	ดี
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของ ท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	2.30	ดี
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่ที่มีความ ตั้งใจ และมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่าน ต้องการอย่างไร	2.50	ดี
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่าน มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมี ความสำคัญเพียงใด	2.30	ดี
12. เจ้าหน้าที่ที่ให้เกียรติ และยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	2.80	ดี
13. ความมั่นใจ และความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร	2.50	ดี

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ  
ที่กลับมารักษาซ้ำ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย	การแปรผล
14. ความสุภาพอ่อนโยน และความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	2.30	ดี
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	2.30	ดี
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถานบริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	2.20	ดี
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร	2.50	ดี
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล:จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด	2.40	ดี
ค่าผลรวม	2.38	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่าการรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแลจากทีมสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 2.38 ซึ่งอยู่ในระดับ ดี การรับรู้การดูแลในด้านที่มากที่สุดได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้เกียรติ และยอมรับในศักดิ์ศรี ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแล ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการเอาใจใส่กับความ ต้องการ ด้านความมั่นใจการไว้วางใจ และด้านภาพรวมคุณภาพการดูแล จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งอยู่ในระดับดี และข้อมูลที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยเป็น 1.90



## ตารางที่ 7

จำนวนของพฤติกรรมการทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ของบุคลากร  
ที่มสุขภาพจากการสังเกต (n=10)

ประเด็นในการสังเกต	ปฏิบัติ จำนวนคน	ไม่ปฏิบัติ จำนวนคน	ไม่เกี่ยวข้อง จำนวนคน
1. การซักประวัติ และการบันทึก	10	-	-
2. การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10	1	-	9
3. การปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน			
3.1 การรวบรวมข้อมูล	9	-	1
3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล	9	-	1
3.3 การวางแผนการพยาบาล	9	-	1
3.4 การปฏิบัติการพยาบาล	9	-	1
3.5 การประเมินผลการพยาบาล	9	-	1
4. การให้คำปรึกษา และการฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ป่วย	8	2	-
5. การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว หรือผู้ดูแล	8	2	-
6. การบันทึกเวชระเบียน และการทำรายงาน	10	-	-
7. การให้ความรู้/ข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย	10	-	-
8. การส่งต่อ	10	-	-
9. การติดตามผู้ป่วยในชุมชน	4	5	1

จากตารางที่ 7 ผลการสังเกตพฤติกรรมการทำงานในการดูแลของบุคลากรที่ม  
สุขภาพ พบว่า บุคลากรที่มสุขภาพทุกรายมีการปฏิบัติการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำคือ การซักประวัติ บันทึกเวชระเบียน การให้ความรู้ และการส่งต่อ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 การปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล การให้ความรู้/ข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติตัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 สำหรับประเด็นที่บุคลากรที่มสุขภาพ ไม่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรค มีจำนวน 9 ราย



## ตารางที่ 8

ผังสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่



## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

### 1. ด้านโครงสร้าง (Structure)

**1.1 ลักษณะขององค์กร (Organization characteristic)** ด้านนโยบาย และแผนงาน พบว่า ไม่มีนโยบายที่เฉพาะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จะใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ทวีป สิริริศมี (2544) กล่าวว่า การกำหนดนโยบายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนาองค์กรและนำมาเป็นกรอบชี้้นำการปฏิบัติ การกำหนดนโยบายมีความสำคัญที่จะทำให้องค์การสามารถบรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการทำงานได้ การกำหนดนโยบายจะต้องมีความเหมาะสม ชัดเจน และถ่ายทอดลงสู่แนวทางปฏิบัติงานได้ (Marriner – Tomey, 2004) มาตรฐานในการปฏิบัติกรพยาบาลที่ดีควรมีคู่มือเป็นแนวปฏิบัติที่ได้มาจากการร่วมกันจัดทำของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้ที่บอกรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

### 1.2 ด้านปัจจัย หรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน (material resources)

งบประมาณมีเพียงพอ การจัดสรรงบประมาณเป็นภาพรวมจากเงินบำรุงเหมือนกันทุกโรค และมีการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา อย่างเพียงพอ สามารถเบิกได้ตามแผนการรักษา ใช้ร่วมกันสำหรับผู้ป่วยทุกโรค ไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โรงพยาบาลต้องมีพื้นที่ใช้สอยอย่างเพียงพอและมีการจัดโครงสร้างภายในอย่างเหมาะสมกับการให้การบำบัดรักษา การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือต้องมีความปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดเป็นระเบียบ สถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน และมีความมิดชิด และเอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ในการบำบัดรักษา (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับ วรพจน์ พรหมสัตยพรต และคณะ (2549) กล่าวว่า นอกจากปัจจัยด้านกำลังคน และด้านเงินงบประมาณแล้ว วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสถานบริการ นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีอาคารสถานที่เป็นส่วนเฉพาะ

### 1.3 ด้านทรัพยากรบุคคล (human resources)

ด้านอัตรากำลัง ทีมผู้บริหารส่วนใหญ่คิดว่ามีจำนวนบุคลากร และมีอัตรากำลังที่เพียงพอ ส่วนบุคลากรที่มสุขภาพส่วนมากคิดว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งมีภาระงานหลายด้าน ถ้ามีผู้ช่วยวิกฤตจำนวนมาก ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม มีการจัดอัตรากำลังเพิ่ม โดยหัวหน้าตึกจะเป็นผู้ประเมินการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2550) กำหนดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย เท่ากับ 1:4 ซึ่งส่งผลต่อระบบการบริการในการดูแลผู้ป่วย คุณภาพและการจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการขาดประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้า และความไม่พึงพอใจในบริการ ทั้งยังอาจให้ความสำคัญไม่มากเท่าที่ควร ในเรื่องการจัดอัตรากำลังตามนโยบายและวางแผนการกำหนดอัตรากำลังคน (สุนทรินทร์ ธนาพรพูนพงษ์, 2548) ดังนั้นควรมีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับการทำงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นบุคลากรที่มสุขภาพส่วนใหญ่คิดว่า อัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มักจะมีโรคร่วมทางกาย ต้องการการดูแลทั้งหมด อีกทั้งมีภาระงานหลายด้านรวมทั้งหน้าที่ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย เช่น งานพัฒนาคุณภาพ การเข้าร่วมอบรม การเข้าร่วมประชุม ทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอ ทำให้การให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีการปรับระบบการมอบหมายงานโดยมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร บุคลากรใหม่ขาดทักษะ และไม่มั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมได้ มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาด้วยตนเอง ศึกษาดูงานนอกสถานที่ การอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือน สนับสนุนบุคลากรเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งบุคลากรที่มสุขภาพสามารถประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญและพัฒนาอยู่เสมอ ทั้งในส่วนของปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย (อนุพงศ์ พูลสมบัติ, 2551) ปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นต่อการให้บริการด้านโครงสร้างของระบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำนั้นยังไม่เพียงพอต่อการที่จะจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพกระบวนการดูแล ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. ด้านกระบวนการ (Process)

กระบวนการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ หมายถึง วิธีการหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำของบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ และญาติ หรือผู้ดูแล รวบรวมโดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 การประเมิน และการวินิจฉัย ไม่มีแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ มีการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scale; HoNOS) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination; MMSE) บุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่ใช้การประเมินจากการซักประวัติอาการ การเจ็บป่วยที่สามารถสังเกตได้ และการสัมภาษณ์จากญาติ และผู้ป่วย ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ โดยมีการประเมินหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำ การดูแลให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้การดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ยังไม่ได้แยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในบุคลากรใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เจตคติ ทักษะด้านการประเมิน ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำไม่มีประสิทธิภาพ

2.2 การดูแลและรักษา ไม่มีแนวปฏิบัติเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษารักษาซ้ำ ให้การดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไปร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล และมีการวางแผนการดูแลร่วมกับญาติผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม บุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่ให้การดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย ตามสาเหตุ ปัญหา และอาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนมาก การรู้คิด ความจำไม่ดี หลงลืมง่าย การให้ความรู้แก่ญาติจึงมีความสำคัญ การรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการให้สงบลง แก้ไขพฤติกรรมผู้ป่วยให้เป็นปกติ ต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อประมาณ 6 เดือน การรักษาด้วยยาจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างซ้ำจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่กันไป (McGorry, Killackey and Lambert, 2005) และการรักษาทางจิตสังคมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อที่จะเพิ่มความสามารถด้านสังคม ด้านการดูแลตนเอง ทักษะในการปฏิบัติ และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภท และต้องควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอ (Sadock and Sadock, 2003; Hales, Yodofsky and Gabbard, 2008)



2.3 การป้องกัน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ และญาติ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ แจกเอกสารแผ่นพับ มีการจัดบอร์ดให้ความรู้ เรื่องโรค ยา และการปฏิบัติตัวขณะอยู่รักษา และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลต่อเนืองที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับมา รักษาซ้ำ ทีมบุคลากรให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำสั้นๆ แก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ และญาติ เกี่ยวกับเรื่องโรค การรับประทานยา แนะนำญาติในการให้กำลังใจ แนะนำการปฏิบัติตัว และแนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำมาพบแพทย์ตามนัด หรือรับยาต่อเนืองที่โรงพยาบาลต้นสังกัด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จะมีปัญหาในเรื่องสมาธิ ความจำ ทำให้การได้รับข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ โจวเซย์ และคณะ (Jowsay et al, 2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย สามารถจัดการการรับประทานยาได้ ดังนั้นการให้ความรู้และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้

2.4 การดูแลรักษาต่อเนือง และการฟื้นฟูสภาพ ติดตามเยี่ยมในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์เยี่ยม ในรายที่แพทย์นัดตรวจจะออกไปนัดให้ จะโทรศัพท์ติดตามในรายที่ไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนือง โดยการนัดมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก มีส่วนน้อยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีการเยี่ยมโดยบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสวนปรุง บุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเครือข่าย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อเนืองจากญาติและผู้ดูแลในเรื่องของการรับประทานยา แนะนำผู้ป่วยให้ไปรับยาต่อเนือง การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำควรได้รับการดูแลต่อเนืองเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ โดยการดูแลต่อเนือง ต้องคำนึงถึงทั้งการดูแลโดยโรงพยาบาล และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) จากการศึกษาของ รัชณี ศรีหิรัญ (2554) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จะมีค่าคะแนนการดูแลตนเองมากกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านอาจส่งผลต่อการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Beebe, 2002) การดูแลที่ขาดความต่อเนื่องของโรงพยาบาลส่งผลให้ความครอบคลุมด้านการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต่ำกว่าเป้าหมาย ส่งผล

ต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ ห่วงใยต่อผู้เยี่ยมเยียนดูแล และจะให้ความสนใจต่อการมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่มาตรวจอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะรู้สึกห่างเหินไม่สนใจในการมาติดตามรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้ส่งผลต่อกระบวนการดูแลรักษาเรื่องโรค เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ อันมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงโดยตรงกับปัญหาด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วยกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับกระบวนการทำงานและตัวผู้ป่วย (Donabedian, 2003) ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (Hewitt and Birchwood, 2002) การดูแลต่อเนื่องของทีมสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและญาติหรือผู้ดูแล ในการดูแลที่บ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Buchanan and Carpenter, 2005)

2.5 การประสานงานการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วย มีการประสานโรงพยาบาลเครือข่าย ประสานชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำญาติ หรือผู้ดูแลให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านพร้อมหนังสือส่งตัว ระบบการติดตาม จะมีรายชื่อของผู้ป่วย ส่งไปโรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลเครือข่ายจะติดตามให้ แล้วส่งรายงานข้อมูลกลับมา ในกรณีแพทย์นัดตรวจ แผนกผู้ป่วยในจะบันทึกวันนัดก่อนผู้ป่วยจำหน่าย แผนกเวชระเบียนจัดเตรียมแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีตามนัดจะมีการโทรศัพท์ติดตาม ส่วนใหญ่ญาติจะพามาตรวจตามแพทย์นัด ในกรณีแพทย์ไม่ได้นัดตรวจจะมีหนังสือส่งตัวให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านตามสิทธิ์การรักษา มีการประสาน โรงพยาบาลเครือข่ายเป็นระบบที่เชื่อมโยงในด้านการวินิจฉัยโรค บำบัด และรักษา การชี้แนะ (Coaching) เป็นกระบวนการที่ผู้รู้ หรือผู้มีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ เพื่อเพิ่มพูนทักษะโดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์และความสามารถเดิมที่มีอยู่ ซึ่งผู้เป็นโค้ชจะเป็นผู้ชี้แนะ ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลย้อนกลับและเสริมให้เกิดความมั่นใจ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) สมรรถนะด้านการปฏิบัติบทบาทการประสานงาน (Collaboration) การประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพประสานความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน (ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์, 2552) เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

### 3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ และการรับรู้การดูแลของญาติ หลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง

3.1 ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และมารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถสังเกตอาการ และบอกอาการผิดปกติของตนเองได้ เช่น นอนไม่หลับ หูแว่ว ระวังกลัวคนทำร้าย ผู้ป่วย และญาติส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร การใช้ยารักษาอาการทางจิตส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ดูแลเรื่องยา จัดยาให้ ผู้ป่วยบางรายสามารถดูแลรับประทานยาได้เอง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของมีบทบาทสำคัญในการจัดการด้วยตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Ray, et al., 2005) การศึกษาของแพรทท์ (Pratt, et al., 2005) พบว่า อาการทางลบและการไม่รับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทของเวนตูรา (Ventura, et al., 2004) พบว่า ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาในการตอบสนองเมื่อเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำที่มารับบริการส่วนใหญ่ญาติจะพามาตรวจตามนัดและรับกลับ นอกจากนี้มีผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ จากการศึกษาของปาริชาต ศาสน์ส (2552) พบว่า ภาระการดูแลด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลจำนวนมากที่สุด จำนวน 47 คน ใน 50 คน หรือร้อยละ 94.00 มีภาระด้านสุขภาพจิต อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความเสื่อมลงของพัฒนาการทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

3.2 ด้านความพึงพอใจต่อการดูแลของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล ได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ อยู่ในระดับ การศึกษาของเบญจพร พุฒคำ (2547) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของผู้รับบริการ อัยยาศัย รายได้ ความเป็นธรรมของการรับบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการดี ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขว่ามีความสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษาอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ (อมรรัตร์ รัตศิริ, 2544)



3.3 ผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำของญาติหรือผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถสังเกต และบอกอาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ เช่น อารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยได้รับความรู้ข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ และการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคมให้กำลังใจได้เหมาะสม ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือดูแลการรับประทานยา จัดยาให้ตามเวลา ญาติจะเตือนให้รับประทานยาในบางครั้ง ผู้ป่วยบางรายญาติจะเป็นผู้ดูแลการรับประทานยาตามเวลา โดยจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานเป็นเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมการที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา โดยส่วนมากมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา (มานิตศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิษยวาณิช, 2542: มาโนช หล่อตระกูล, 2545) ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีความเข้าใจ เห็นใจ และให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความอบอุ่นใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น (สุพัฒนา เดชาดิวงค์ ณ อยุธยา, 2550)การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับอาการทางลบนั้น สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 10 ที่ให้ความสำคัญในระดับครอบครัว และชุมชน (สมชาย จักรพันธ์, 2544) จากการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และอิทธิพลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ผู้ดูแลทั้งหมดสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่มารับการรักษาและติดตามได้ต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วย และพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กลุ่มญาติส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยสามารถสังเกต และบอกอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ และผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลจะได้รับความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วย ในวันแรกรับเข้านอนโรงพยาบาล ในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเป็นรายบุคคล และมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล แต่ในบางวันที่บุคลากรมีภาระงานค่อนข้างมาก การให้สุขภาพจิตศึกษาจึงไม่ครอบคลุม ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำมีบทบาทในการสนับสนุนในการทำกิจกรรม มีการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสภาพ ซึ่งเป็นการลดภาระการดูแลช่วยเหลือ จากการศึกษาของ ประรณดา คำมีสินนท์ (2550) พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้วยยาและมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลงในระยะติดตาม ประเมินผล 1 เดือนและ 3 เดือน จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำ พบว่าญาติมีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำได้ สามารถบอก ลักษณะอาการที่ ผิดปกติของ อารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำได้ ญาติ ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำเป็นรายบุคคล และจากเอกสารแผ่นพับเรื่อง โรคจิตเภท บุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำและญาติ ในขณะที่ญาติมาส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา ญาติมาเยี่ยม ผู้ป่วยระหว่างการอยู่รักษา และญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน แต่บางครั้งในช่วงที่มีภาระงาน ค่อนข้างมากจะให้อินโฟม ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา เพียงสั้น ๆ จึงไม่ครอบคลุมเนื้อหา ได้รับการดูแล ช่วยเหลือติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลสวนปรุงมีการออกเครือข่าย ให้ความรู้แก่ โรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลโรงพยาบาลเครือข่ายเป็นระบบที่เลี้ยง และให้ โทรศัพทปรึกษา หรือส่งต่อมาโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้ป่วยที่จำหน่ายจะได้รับหนังสือส่งตัว แนะนำ ผู้ป่วยให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนยาหมด ในรายที่แพทย์นัดตรวจจะออกใบนัด ในวันที่แพทย์ออกตรวจ ติดตามเยี่ยมในรายที่ซับซ้อน ส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่ายให้ดูแลต่อเนื่อง เน้นการให้ความรู้แก่ญาติ เพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาในการ กลับมา รักษาซ้ำ การดูแลต่อเนื่องของทีมสุขภาพ ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภท และญาติ หรือ ผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Buchanan and Carpenter, 2005)

3.4 การรับรู้การดูแลของทีมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมา รักษาซ้ำ และ ญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ อาการเจ็บป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์พิจารณาให้ การรักษาด้วยยา หากพบอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาจะมีเภสัชกรมาประเมินอาการร่วม ด้วย ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือจากอาการหลงลืม ขาดสมาธิ ทำให้ขาดความเข้าใจ การรับรู้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคจิตเภทจากบุคลากรทีมสุขภาพของ โรงพยาบาล แต่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสูงอายุ ไม่มีสมาธิ ความจำลดลง ทำให้พร้อมด้านการรับรู้ การให้ ข้อมูลข่าวสารความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล จึงเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่กลับมา รักษาซ้ำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่กลับมา รักษาซ้ำจากทีมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับดี การรับรู้ในด้านที่มากที่สุดได้แก่ ด้านระยะเวลาที่บุคลากรทีมสุขภาพใช้ในการดูแล ความมั่นใจ และความไว้วางใจที่ทราบดีที่สุดต่อทีม สุขภาพ และด้านผลลัพธ์ของการดูแลซึ่งจะอยู่ในระดับ ดี ส่วนด้านอื่นๆ เช่น ความเหมาะสมของ

กิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อมูลที่ชัดเจน เกี่ยวกับการตรวจ ความสะดวกของการได้รับข้อมูล ความสม่ำเสมอใน ใ้ข้อมูลของทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ระยะเวลาที่ทีมสุขภาพใช้ในการดูแล การรับฟังความคิดเห็นและความเอาใจใส่ต่อ ความต้องการของผู้ป่วย การให้ความสำคัญ ให้เกียรติ ความสุภาพอ่อน โยนและความเป็นมิตรของ ทีมสุขภาพ อยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วย สามารถสรุปแปรความจากพฤติกรรมบริการของบุคลากร ทีมสุขภาพ จากการศึกษาของ เบนจามินส์ (Benjamins, 2006) อิทธิพล ความเชื่อ ที่มีต่อผู้รับการรักษาในทีมบุคลากรพบว่า ถ้าระดับความเชื่อถือของผู้ให้การรักษาสูงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามมา คะแนนในระดับปานกลาง คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยสามารถประเมิน ได้ถึงส่วนของการดูแล ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะมีการ ประเมินผู้ป่วยว่าอาจไม่สามารถรับรู้ได้ทั้งหมด และเลือกให้บริการที่ต่างกันตามผลการประเมินการ รับรู้ของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย และประกอบกับภารกิจที่มากมายบางครั้งอาจทำให้การสื่อสาร ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดน้อยลง รวมถึงการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในบางส่วนด้วย

การรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์การ รับรู้การดูแลมากที่สุด ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความมั่นใจ และการไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ ด้านความสุภาพ อ่อนโยน และเป็นมิตร ด้านภาพรวมคุณภาพการดูแล และทีมสุขภาพใ้ข้อมูล เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องทำ จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ ส่วนด้านความตรงกับ ความต้องการของกิจกรรมการดูแล คำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อมูลด้านสิทธิ ความชัดเจนของ ข้อมูล ความสะดวกในการได้รับข้อมูล ความสม่ำเสมอของการได้รับข้อมูล การสอบถาม และความ เอาใจใส่ต่อความคิดเห็น ความต้องการของผู้ป่วย การให้ความสำคัญ การยอมรับศักดิ์ศรี และการ ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านอยู่ในระดับดี ญาติหรือผู้ดูแล มีความสำคัญในการช่วยประเมินการรับรู้ การดูแลของผู้ให้บริการที่ดีเพราะเป็นผู้ที่ต้องมีการประสาน เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้การดูแลกับ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลจะมีมุมมองที่อยู่ด้านเดียวกับผู้ป่วย คือ เป็นผู้ที่ได้รับการดูแล จะให้ ความสำคัญกับการดูแล การใส่ใจ การยอมรับ การให้เกียรติ และให้ความเคารพต่อสิทธิเช่นเดียวกัน ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง ผู้ป่วยจิตเภทจะมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาค่า ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีผลกระทบต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (ตุลาภา บุญผาสังข์, 2545) จากการศึกษาความพึง พอใจของผู้ป่วยจากคณะแพทย์โรงพยาบาลรอยัลเมลบอร์น (Royal Melbourne, 2006) ประเทศออสเตรเลีย พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของ คุณภาพการบริการของผู้ป่วยแต่ละ โรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ของญาติหรือผู้ดูแล จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับ ไปอยู่บ้าน และในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ เมื่อพิจารณาโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ร่วมกันพบว่า บุคลากรยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่กลับมารักษาซ้ำ ประกอบกับการโยกย้ายทีมบุคลากรทุก 2 ปี จึงทำให้พยาบาลยังมีทักษะที่ไม่เฉพาะเจาะจง และมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุกลับมารักษาซ้ำได้ ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และบุคลากรอยู่ประจำหอผู้ป่วยนานมากกว่า 2 ปี อาจทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุดีขึ้น สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำได้ ประกอบกับแนวปฏิบัติเฉพาะเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ใช้แนวปฏิบัติเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป แม้ว่าผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลจะมีความพึงพอใจในการให้การดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ แต่ยังพบว่ามีส่วนเกิดการกลับมารักษาซ้ำอยู่ ดังนั้นหากมีการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่กลับมารักษาซ้ำ ประกอบกับการปรับระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์มากขึ้น น่าจะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright© by Chiang Mai University  
 All rights reserved