

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่ออัตราการเข้ารับการรักษาย้ำ
ของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(Effects of Discharge Planning on Readmission Rates
among Psychiatric Patients in Songklanagarind Hospital)

อโนชา หมึกทอง

นิศานต์ สำอางศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2551

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
1. บทนำ	1
2. การทบทวนวรรณกรรม	4
-ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช	4
-การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	11
-บทบาทหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช	17
3. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
4. ผลการศึกษา	30
5. อภิปรายผล	34
บรรณานุกรม	37

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่ออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อานนท์ วิทยานนท์ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่กรุณาเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ทำวิจัย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยารินทร์ ปีตานุพงศ์ รองหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ฝ่ายวิจัย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาโครงการ คุณวิศิษฎ์ พาหุกุล ผู้ปฏิบัติบริหาร หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถนอมศรี อินทนนท์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรุณาสละเวลาอ่านและให้คำแนะนำ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นโครงการพัฒนางานเพื่อวิเคราะห์ระบบงานบริการทางการแพทย์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีต่ออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2550- ตุลาคม 2551 จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายผลเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษาผู้ป่วยร้อยละ 47.4 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งแรก ร้อยละ 52.6 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ร้อยละ 19.3 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 16.5 วัน (SD=11.8, range 5-66) โดยมีระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ เฉลี่ย 96.8 วัน (SD= 56.5 วัน, range 16-166) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม จะช่วยลดการเข้ารับการรักษาโดยไม่ตั้งใจ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดต้นทุนค่าเสียโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รวมทั้งญาติมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การรักษาซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวช

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
1.บทนำ	1
2.การทบทวนวรรณกรรม	4
-ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช	4
-การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	11
-บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช	17
3.ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
4.ผลการศึกษา	30
5.อภิปรายผล	34
บรรณานุกรม	37

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่ออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาครินทร์ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อานนท์ วิทยานนท์ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่กรุณาเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ทำวิจัย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ รองหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ฝ่ายวิจัย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาโครงการ คุณวิศิษฎ์ พาหุกุล ผู้ปฏิบัติบริหาร หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถนอมศรี อินทนนท์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรุณาสละเวลาอ่านและให้คำแนะนำ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นโครงการพัฒนางานเพื่อวิเคราะห์ระบบงานบริการทางการแพทย์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีต่ออัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2550- ตุลาคม 2551 จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายผลเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษาผู้ป่วยร้อยละ 47.4 เข้ารับการรักษากลับมาเป็นผู้ป่วยในครั้งแรก ร้อยละ 52.6 เข้ารับการรักษากลับมาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ร้อยละ 19.3 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 16.5 วัน (SD=11.8, range 5-66) โดยมีระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับเข้ามารับการรักษากลับมาเฉลี่ย 96.8 วัน (SD= 56.5 วัน, range 16-166) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม จะช่วยลดการเข้ารับการรักษาโดยไม่ตั้งใจ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดต้นทุนค่าเสียโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รวมทั้งญาติมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การรักษาซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวช

Effects of Discharge Planning on Readmission Rates among Psychiatric Patients in Songklanagarind Hospital

Abstract

This research is to analyze the development of medical services and investigate the effectiveness of the discharge planning process for readmitted psychiatric patients in Songklanagarind Hospital. The population consisted of 57, hospitalized, psychiatric patients who were discharged between November 2007 and October 2008. The research instruments were the discharge planning process and data files. Results found that a total of 47.4 % were first admission and 52.6% were being readmitted. The rates of readmission within 6 months were 19.3 %, the average inpatient stay was 16.5 days (SD=11.8, range 5-66) and the lengthened of the time between discharge and readmission was 96.8 days (SD= 56.5 , range 16-166). So the discharge planning process with psycho-social intervention reduced unplanned admission to the hospital, the length of stay, and decreased the opportunity costs, also to access the convenient of the service and the families involved in taking care of the psychiatric patients.

Key words: discharge planning, readmission, psychiatric patients

1. บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงและผกผันอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนประสบภาวะเครียดไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และบางรายมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลจากกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี พ.ศ.2548-2550 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ 16 แห่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ สถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์(2551)ใน 3 ปีที่ผ่านมา มีอัตราค่อนข้างคงที่

เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังและใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อย ทำให้ต้องใช้กระบวนการบำบัดรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น (ดารณี ชัยฉิทธิพร และคณะ, 2539) ผู้ป่วยบางรายต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 14.4 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลับเข้ามารับการรักษซ้ำภายใน 1 เดือนและร้อยละ 26.8 กลับเข้ามารักษซ้ำภายใน 3 เดือน (ยุพรัตน์ คุณรัตน์, 2539) ร้อยละ 20-40 กลับเข้ามารับการรักษซ้ำภายใน 6 เดือน (Caton,C.L.M.,et al, 1985 และBoydell,K.M.,et al, 1991) และร้อยละ 30-31 กลับเข้ามารับการรักษซ้ำภายใน 1 ปี (Masaki N, et al,1997) โดยระยะเวลาที่เสียดายมากที่สุดต่อการกลับเข้ามารับการรักษซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลคือ ภายใน 1 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Naji,SA., et al,1999)

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชคือ ชนิดของโรค การพยากรณ์โรค ประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายโดยไม่ยินยอม(discharge against medical advice) จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความร่วมมือของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (Masaki N, et al,1997 และ Mandy Dixon.,et al, 1997) การกลับเข้ามารับการรักษซ้ำ เป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งต่อการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพจิต เมื่อคำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางสุขภาพจิต และความยุ่งยากของผู้ป่วยต่อการมารับบริการแล้ว อาจจัดได้ว่า การกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลเป็นความล้มเหลวของระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ (Rosenblatt. A.,et al, 1974) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ป่วยระยะวิกฤต ระยะอาการคงที่ ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะติดตามผล เป็นการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ตามความพร้อมของครอบครัว เพื่อช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวอยู่ใน

โรงพยาบาล(reduce hospital length of stay) ลดจำนวนการเข้ารับการรักษาโดยไม่วางแผน (unplanned admission) เพิ่มความร่วมมือในการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและบ้านและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmitted)

ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จัดเป็นผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน รักษายาก ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องวางแผนดูแลอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ทั้งในระยะเริ่มต้นของความเจ็บป่วย และในระยะยาวแบบต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เรียนรู้ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขอย่างมีศักดิ์ศรีและมีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ (human basic)

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีต่ออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และถูกคัดเข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซับซ้อน มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก(new entry) แต่มีความเสี่ยงต่อเข้ารับการรักษาซ้ำ เช่น ครอบครัวดูแลไม่ดี หรือเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถ ด้านการเรียน การทำงาน ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2550-ตุลาคม พ.ศ.2551 โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือหากเข้ารับการรักษาซ้ำจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 15 วัน ซึ่งกระบวนการประกอบไปด้วย

1. แพทย์พบญาติ เพื่อประเมินสภาพปัญหา ความต้องการและความคาดหวังของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ต่อการบำบัดรักษา ทีมบำบัดประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา วิธีการคือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ร่วมกันประเมิน ความสัมพันธ์และโครงสร้างของครอบครัว เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย ข้อกังวล ทั้งนี้เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องโรคตรงกัน และญาติมีแนวทางในการดูแลอาการของผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมรักษาพยาบาลและญาติที่เป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มพบญาติมาประเมินร่วมกันกับทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อกำหนดแผนการช่วยเหลือ เลือกกระบวนการบำบัดและการติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสมกับศักยภาพและอาการของผู้ป่วย

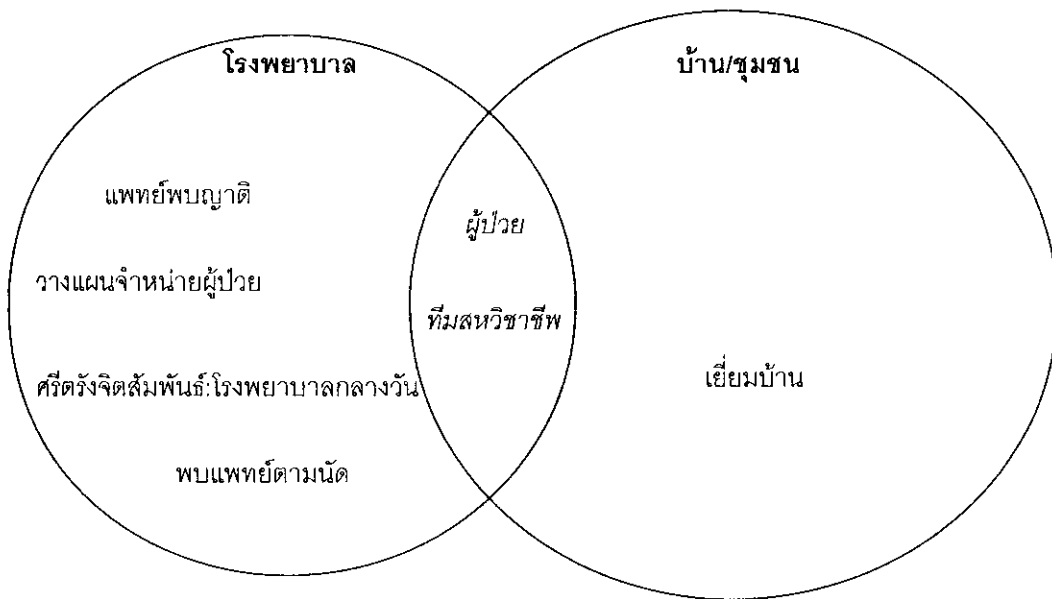
3. ศรีตรังจิตสัมพันธ์:โรงพยาบาลกลางวัน เป็นกระบวนการบำบัดและฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน(self care) เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตด้วยตนเอง

โดยเฉพาะทักษะทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างได้ดีขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีแรงจูงใจ มีความกล้าที่จะลองทำหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกิดความหวังและค้นพบความเข้มแข็งในตัวเอง ดำเนินการโดย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและนักจิตวิทยาและทีมจิตอาสาซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการดี

4. เยี่ยมบ้าน เป็นกระบวนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจากที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีการประเมินผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่แวดล้อมผู้ป่วย โดยทีมจะออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเดือนละครั้งในช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่าย *

5 การประเมินอาการและติดตามผล ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องภายใน 6 เดือน

แผนภูมิกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและเวชระเบียน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทบทวนประวัติการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย และแบบบันทึกการประชุมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายผลเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่องผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่ออัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ศึกษาได้ประมวลความรู้ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช

ความหมายของโรคทางจิตเวช

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534(สุนารี หน่อชัย,2547) ให้ความหมายของคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมไว้ว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือทางสมองในส่วนการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

โรคจิตเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพในด้านพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์อย่างเดี่ยวหรือหลายอย่างก็ได้ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้เป็นไปโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้(กรมการแพทย์,2530)

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า โรคจิต มีหลายชนิด แต่ละชนิดมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันไป โรคจิตเป็นโรคที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรง เกิดผลกระทบกระเทือนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดไปจากธรรมดา หรือผิดไปจากคนทั่วไป โดยมีความคิดแปลกไปจากสภาพที่เป็นจริง เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความเข้าใจและการรับรู้สภาพความเป็นจริงเสีย จนไม่สามารถประกอบกรงานได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาจึงจะช่วยให้อาการทุเลาหรือดีขึ้นได้

สาเหตุของโรคทางจิตเวช

สาเหตุของโรคทางจิตเวชไม่ได้เกิดจากสาเหตุหนึ่งสาเหตุใดเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากสาเหตุหลายๆอย่างด้วยกัน รวมทั้งบุคลิกภาพเดิมของแต่ละคน หากมีบุคลิกภาพแข็งแกร่ง การเกิดโรคจิตโรคประสาทเป็นไปได้ยากหากมีบุคลิกภาพอ่อนแออยู่เมื่อมีสิ่งกระตุ้นย่อมมีโอกาสที่จะเกิดโรคทางจิตเวชได้ง่าย สาเหตุของโรคทางจิตเวช (พิรา ศุภรัตน์,2540) แบ่งได้ดังนี้

1. สาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการ

สาเหตุทั่วไป

- อายุ โรคจิตแต่ละประเภทมีเกณฑ์อายุที่จะเป็นโดยเฉพาะ เช่น โรคจิตพบน้อยในวัยเด็ก วัยรุ่นจะพบโรคจิตโรคประสาทมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาอาจก่อให้เกิด ความวิตกกังวลในวัยรุ่นบางคน จนแสดงอาการโรคประสาทได้

- เพศ เพศชายและเพศหญิงเป็นโรคจิตได้ไม่เหมือนกัน โรคพิษสุราเรื้อรังจะเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง
- อาชีพ บางอาชีพมีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าอาชีพอื่น เช่น ชายสุราตามบาร์ อาจมีโอกาสเป็นโรคจิตจากสุราได้ง่ายกว่าอาชีพอื่น อาชีพไม่ใช่สาเหตุโดยตรงแต่ผู้ที่มีอาชีพเหล่านี้อาจตกเป็นเหยื่อจากสิ่งยั่วยวนที่อยู่ใกล้มือ โดยที่บุคคลนั้นมีบุคลิกภาพอ่อนแออยู่ก่อนแล้ว
- เชื้อชาติ บางเชื้อชาติมีความเอนเอียงที่จะเป็นโรคจิตได้แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผู้ลี้ภัยจากวัฒนธรรม ความเชื่อในศาสนา ความยึดมั่น

1.2 สาเหตุเฉพาะบุคคล

-กรรมพันธุ์ ยังมีการถกเถียงกันมากเรื่องกรรมพันธุ์กับโรคจิต การพิจารณาคุณสมบัติทางอารมณ์ของบุคคล ยังเป็นการยากที่จะบอกถึงความแตกต่างว่าอะไรเป็นสิ่งที่นำมาแต่กำเนิด และอะไรเป็นผลจากการฝึกหัด การเลียนแบบพ่อแม่ แต่เชื่อว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท และโรคจิตทางอารมณ์

-รูปร่าง การศึกษารูปร่างของคน โดยเครทส์ชเมอร์ (Kretschmer) พบว่ามีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ

-สติปัญญา บางคนเกิดมาฉลาด บางคนสติปัญญาปานกลาง หรือโง่ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดปมด้อย หนีสังคม หรืออาจเป็นเหตุให้ประพฤติดัดแปลงไป

-อุปนิสัย เด็กบางคนเลี้ยงง่าย บางคนเลี้ยงยาก เมื่อโตขึ้นสภาพแวดล้อมในบ้านมีอิทธิพลในการสร้างนิสัย เช่น การกิน การนอน ความเป็นระเบียบ ฯลฯ เช่นบางคนเลือกอาหารนอนหลับยาก ช่างคิดสะเทือนใจง่าย สิ่งเหล่านี้ล่อแหลมต่อการเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ง่าย

-อารมณ์ บางคนอารมณ์เยือกเย็น หนักแน่น บางคนอ่อนไหวง่าย เศร้าเสียใจนาน บางรายอาจฆ่าตัวตาย แต่ถ้าเกิดในผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง อาจมองเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

-ความต้องการทางเพศ การแสดงออกกับการสนองตอบทางเพศถ้าไม่ได้สัดส่วนพอเหมาะพอดีกับความต้องการ และถูกต้องตามสังคมจารีตประเพณี ย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ ความวิตกกังวล อาจทำให้ประพฤติดัดแปลงไปได้

2 สาเหตุปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการขึ้นในขณะนั้น

2.1 เหตุจากร่างกาย

- ได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารเคมีต่างๆ เช่น ตะกั่ว ปรอท ฯลฯ
- ได้รับเชื้อโรค เช่น เชื้อมาลาเรียขึ้นสมอง ไข้เยื่อสมองอักเสบ พยาธิตัวดีด หรือจากพิษไข้ เช่น ไทฟอยด์
- อันตรายที่ศีรษะ เช่น อุบัติเหตุต่างๆ ทางศีรษะ

- การแปรปรวนทางต่อมไร้ท่อ ผลจากการทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ทำให้ร่างกายผิดปกติ เช่น ทำให้ไคระแกรน กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกต่อภาพพจน์ของตนเอง อาจเกิดปมด้อย คิดวิตกกังวล อาจเป็นโรคประสาทได้

- การขาดสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย ได้แก่ การขาดออกซิเจน ขาดอาหาร ขาดวิตามิน ขาดการนอนหลับ ขาดการฝึก ขาดการสัมผัส ถูกแยกจากสังคม สิ่งเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคจิตเวชได้

2.2 เหตุจากจิตใจ

เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ จิตใจย่อมหวั่นไหวไม่มากก็น้อย ผู้ที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์ ย่อมสามารถใช้กลไกทางจิตเพื่อขจัดปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวรับสิ่งที่มากระทบได้จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับจิตใจ ปัญหาที่เกิดกับจิตใจแบ่งได้ 2 แบบ คือ

- ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น ความตกใจสุดขีด ความโกรธอย่างรุนแรง ความเศร้า ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก รวมทั้งทรัพย์สินเงินทองโดยกะทันหัน

- ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน เช่น ความวิตกกังวลในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่เรื้อรัง วิตกกังวลในความพิการของร่างกายภายหลังอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะ ฯลฯ

2.3 เหตุจากสิ่งแวดล้อม

อารมณ์อันเกิดจากสิ่งแวดล้อมนั้นมีอิทธิพลต่อความประพฤติมาก สิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนเรากลายเป็นโรคจิตเวชนั้น มาจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ

- ฐานะทางเศรษฐกิจ คนที่ยากจนมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ขาดอาหาร การทำงานหนัก บางรายต้องใช้จ่ายกระตุ้นประสาท ในทางตรงกันข้ามคนที่ร่ำรวย แต่ยังไม่พอใจ อยากร่ำรวยมากขึ้น ผิดพลาดจากลงทุน เกิดความทุกข์กังวลใจ อาจเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคจิตประสาทได้

- วัฒนธรรมและสังคม ความพิการทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เกิดความแปรปรวนเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เช่น ความแตกร้างในครอบครัว การมีปัญหาอาชญากรรมและอันธพาลสูง การขาดการช่วยเหลือและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในครอบครัว ความไม่เป็นระเบียบทางสังคม การใช้สารเสพติด มีส่วนทำให้อุบัติการณ์ของความแปรปรวนทางจิตใจสูงขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มนุษย์อยู่ร่วมกันย่อมมีความสัมพันธ์กันในเรื่องอารมณ์ โดยแม้จะเป็นบุคคลแรกที่วางรากฐานให้เกิดความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นต่อไปในอนาคต เช่น แม่ที่ปกป้องลูกจนเกินไปทำให้เด็กเจริญทางจิตใจช้า ติดแม่ กลายเป็นคนต้องพึ่งผู้อื่น ตรงข้ามแม่ที่ทอดทิ้งไม่ให้ความรักความอบอุ่น ทำให้เด็กเป็นคนก้าวร้าว มองโลกในแง่ร้าย และไม่เป็นที่มิตรกับใคร ซึ่งลักษณะเหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม เด็กต้องเก็บกดไว้ จนทำให้เกิดความขัดแย้งทางใจ และ

ความวิตกกังวลต่างๆ ซึ่งอาจแสดงออกเป็นอาการของโรคประสาทบางชนิดหรือคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ

อาการของโรคทางจิตเวช

การที่จะเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชนั้น จำเป็นต้องเข้าใจอาการ ซึ่งเป็นความรู้เบื้องต้นของโรคทางจิตเวช เพื่อสามารถเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยแบ่งอาการทางจิตเวชเป็นกลุ่มใหญ่ๆ(สมภพ เรืองตระกูล,2542) สรุปได้ดังนี้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว(Disorders of Motor Activity) ผู้ป่วยจะมีอาการกระทำที่ซ้ำๆ เกิดขึ้นเอง มีการทำท่าแปลกๆ เป็นเวลานานผิดปกติ ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ บางคนไม่พูดทั้งที่ อวัยวะเกี่ยวกับการพูดปกติ ทำอะไรอย่างซ้ำ โดยที่ผู้ป่วยก็ไม่ทราบสาเหตุ

2. ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด(Disorders of Content of Thought) มีอาการหลงผิด เป็นความเชื่อที่ผิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งทั้งที่ไม่เป็นความจริง ผู้ป่วยบางรายหลงผิดคิดว่ามีคนมาทำร้าย คิดว่าตัวเองเป็นคนสำคัญ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อที่รุนแรงและไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อถือได้ด้วยเหตุผลธรรมดา

3. ความผิดปกติของรูปแบบความคิด(Disorders of Form of Thought) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ทำให้คำพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง อย่างไม่สัมพันธ์กัน บางคนมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นรวดเร็วและแสดงออกโดยการพูดมาก เร็วแต่ไม่รู้เรื่อง

4. ความผิดปกติของอารมณ์(Disorders of Affect) มีลักษณะที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น วิตกกังวลเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ หรือไม่สมเหตุสมผล พร้อมกับอาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ แน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก บางคนอาจมีอาการที่เป็นสุขผิดปกติ หรืออาจไม่แสดงอารมณ์ เฉยเมย หรือโมโห หงุดหงิด ขุนเฉียวง่าย

5. ความผิดปกติของการรับรู้(Disorders of Perception) ผู้ป่วยจะแปลสิ่งที่พบเห็นหรือได้ยินผิดไปจากความจริง มีอาการประสาทหลอน หูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอก เห็นภาพหลอน รู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัว ได้กลิ่นแปลกๆ รับรู้รสอาหารแปลกๆ

6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ(Disorders of Consciousness) ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้ต่อความเป็นไปรอบตัว ไม่สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ สติสัมปชัญญะเลื่อนราง ไม่คงที่ กระวนกระวาย พลุ่่งพล่าน สูญเสียสมาธิอย่างมาก

7. ความผิดปกติของความจำ(Disorders of Memory) ตามปกติคนเรามีความสามารถในการจำสิ่งต่างๆได้ ต้องประกอบด้วยขบวนการ 3 อย่าง คือ

- a. Registration คือความสามารถบันทึกประสบการณ์ในอดีตไว้ในสมอง

b. Retention คือสามารถเก็บสิ่งที่บันทึกไว้ได้ตลอด

c. Recall ความสามารถที่จะระลึกสิ่งที่เคยประสบมา

เมื่อผู้ป่วยผิดปกติทางสมองแล้วขบวนการดังกล่าวทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยเกิดสูญเสียความจำ ทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์ บางคนลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่งหรือลืมอย่างทันทีในทางตรงข้ามผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกว่าได้เคยเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อนทั้งๆที่ไม่เคยพบเห็นเลยก็เป็นได้

การรักษาทางจิตเวช

การรักษาทางจิตเวชมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530) ได้แก่

1. สรีระบำบัด (Somatotherapy)
2. จิตบำบัด (Psychotherapy)
3. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)
4. สังคมและวัฒนธรรมบำบัด (Sociocultural therapy) หรือสังคมบำบัด (Sociotherapy)
5. ฟื้นฟูบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

1. สรีระบำบัด (Somatotherapy) เป็นการรักษาทางกายประกอบด้วย

1.1 การให้ยา เพื่อเป็นการช่วยลดความกระวนกระวาย ความยุ่งยาก ความก้าวร้าว ไม่รวมมือกับแพทย์ ตลอดจนการมีประสาทหลอนและหลงผิด

1.2 การช็อคไฟฟ้า หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในระยะเวลาจำกัด ทำให้เกิดการชักแบบ grand mal seizure ทำให้ความผิดปกติของจิตใจบางชนิดลดลง (ชูทิติย์ ปานปรีชา, 2540)

1.3 การรักษาด้วยอินสุลิน วิธีการโดยใช้อินสุลินฉีดเข้าไปเพื่อให้น้ำตาลในเลือดลดลง การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบันเพราะมีผลแทรกซ้อนมาก และในปัจจุบันพบยาที่รักษาได้ดีกว่า

1.4 การรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นภายหลังรักษาทางจิตเวชด้วยวิธีการต่างๆ แล้ว การผ่าตัดจะช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้ แต่มีผลเสีย คือบางครั้งคนไข้อาจสูญเสียความทรงจำหมด บางรายไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ฯลฯ

2. จิตบำบัด (Psychotherapy) คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เป็นขบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งเทคนิคในการทำจิตบำบัดมีอยู่มากมาย เช่น การให้ความเชื่อมั่น การสนับสนุนด้วยการปลอบใจให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความกลัดกลุ้มที่มีอยู่ ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ฯลฯ จุดมุ่งหมายของเทคนิคต่างๆ คือ การช่วยผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ให้รู้จักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อจะได้ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมจนเป็นที่น่าพอใจ (จำลอง ดิษยวณิช, 2522)

3. **พฤติกรรมบำบัด**(Behavior therapy) เป็นการขจัดพฤติกรรมผิดปกติหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จะสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ โดยให้ความสำคัญคือ Positive และ Negative reinforcement เช่นการให้อาหาร หรือการชมโทรทัศน์เป็นรางวัลเมื่อผู้ป่วยเล็กแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ

4. **สังคมและวัฒนธรรมบำบัด**(Sociocultural therapy) จะเกี่ยวข้องกับสภาพและบรรยากาศภายในครอบครัว ความสนใจ ความเอาใจใส่ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชุมชนหรือสังคม สกัฟฟ้างานเศรษฐกิจของบุคคลและของสังคม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนและสังคมนั้นๆ ฯลฯ โดยเรื่องต่างๆ ดังกล่าวมา มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรมบำบัด เพราะสังคมและวัฒนธรรมนั้นเป็นความพยายามประการหนึ่งที่มีมุ่งหวังจะลดหรือปรับสภาพความเครียด ความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความกดดันต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ให้ผ่อนคลายลงหรือหมดสิ้นไป และเพื่อที่จะเสริมสร้างชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น ให้สามารถดำรงไปได้อย่างเหมาะสม

5. **ฟื้นฟูบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ** (Rehabilitation) หมายถึง ขบวนการที่จะมุ่งรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังที่เจ็บป่วยให้อยู่ในระดับความสามารถเดิมให้มากที่สุด เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด โดยใช้วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม และอาชีพ ผสมผสานกันและจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยอาการทุเลาและเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนแล้ว และในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชนั้น จะมีบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมกันให้การบำบัดรักษาในรูปของ สหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช นักอาชีพบำบัด เป็นต้น

ผลกระทบของโรคทางจิตเวช

ผู้ที่มีความพิการทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นในภายหลัง จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความด้อยโอกาสหรือเสียเปรียบบุคคลอื่นๆ และส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านต่างๆ (สุนารี หน่อชัย, 2547) ดังนี้

1. ด้านคุณภาพชีวิต ความพิการทางอารมณ์และจิตใจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ปรับตัวได้ยากในสังคม ขาดโอกาสที่จะเรียนหนังสือ เป็นผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนอื่นๆ ทำให้ขาดโอกาสที่จะมีครอบครัวหรือรับผิดชอบครอบครัวต่อไปได้

2. ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ความพิการทางอารมณ์และจิตใจ มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองในแง่ของการมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำลง เนื่องมาจากความพิการทำให้บุคคลนั้นถูกไล่ออกจาก

งาน หางานทำไม่ได้ หรือไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน โอกาสในการแข่งขันหรือสมัครงานใหม่ก็จะด้อยลงไปด้วย

3. ด้านการดูแลตนเอง ความพิการทางอารมณ์และจิตใจ นอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบงานที่ทำได้ บุคคลเหล่านี้มักจะดูแลรับผิดชอบตนเองไม่ได้ โดยเฉพาะผู้พิการทางสมองเสื่อมหรือโรคจิตเภทเรื้อรัง

4. ด้านความรู้สึกต่อตนเองและสังคม ความพิการทางอารมณ์และจิตใจ มีผลกระทบทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอาย เป็นปมด้อย รู้สึกถูกสังคมรังเกียจ ไม่มีใครอยากคบหาสมาคมด้วย

5. ด้านการมีชีวิตที่ไม่ยืนยาว บุคคลพิการทางอารมณ์และจิตใจมักมีอายุสั้น เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนทางกายมากกว่าคนอื่น ๆ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีโรคแทรกซ้อนทางกายหลายอย่างตามมา ทำให้เสียชีวิตง่ายกว่าคนอื่น ๆ บุคคลพิการทางอารมณ์และจิตใจมีเหตุจูงใจให้ฆ่าตัวตายมากกว่าคนอื่นทั่วไป จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 2

การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับจากโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล จนอาการทางจิตทุเลาแล้ว แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน เพราะอาการทางจิตอาจเป็นได้อีกถ้าได้รับยา (อาจกินหรือฉีด) ไม่สม่ำเสมอ ฉะนั้น ญาติและคนใกล้ชิดควรดูแลผู้ป่วยดังนี้ คือ

1. ดูแลผู้ป่วยให้กินยาตามกำหนดอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้ป่วยเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยาดด้วยตนเอง กรณีผู้ป่วยไม่ยอมกินยา หรือกินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์

2. ให้ผู้ป่วยงดใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา เบียร์ กัญชา ยาบ้า ผงขาว กระทั่งอม ฯลฯ เพราะจะทำให้โรคกำเริบได้

3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากในอนาคต

4. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. ไม่พูดจายั่วยู่ให้ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด เช่น พูดเสียงดัง ตะคอก ล้อเลียน ตำนินอย่างรุนแรง และไม่ควรถามย้ำอาการเจ็บป่วยบ่อยเกินไป

6. ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

ความหมาย

Tabbitt (1981, อ้างถึงใน กองการพยาบาล,2539) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึงระบบการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านผู้ป่วย

Lowenstein&Hoff (1994, อ้างถึงใน กองการพยาบาล,2539) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย

กฤษฎา แสงดี(2539, อ้างถึงใน พรพรรณี พลอยประเสริฐ,2550) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้บริการที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จินตนา ตั้งเขาวลิต(2541,อ้างถึงใน พรพรรณี พลอยประเสริฐ,2550)กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคือกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ การปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อิศตรวิเศษ (2545) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะที่จะดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น โดยการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษา รวมทั้งการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

ดังนั้น การวางแผนจำหน่าย จึงไม่เพียงเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเท่านั้น แต่ยังมีความหมายครอบคลุมถึง "การดูแลต่อเนื่อง" (Continuing Care) นับตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู ในทุกระยะของภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงที่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่อยู่ในภาวะป่วยวิกฤต ระยะอาการคงที่ และระยะฟื้นฟูสภาพ จนกระทั่งพ้นหายจากโรคได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้โดยรวม

มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพฉบับกาญจนาภิเษก (พ.ศ. 2539) ของสำนักพัฒนาและรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง(GEN.8.7) กำหนดมาตรฐานว่า "มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้โดยเร็วที่สุด" และฉบับปรับปรุงคือ (ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี (พ.ศ.2548) กำหนดมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องไว้ในตอนที่ III กระบวนการดูแล ข้อ 3.2 การวางแผนจำหน่าย กำหนดมาตรฐานว่า "มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

1. มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
2. มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้
3. แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
4. มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลสุขภาพที่เป็นองค์รวม รวมทั้งการช่วยเหลือทางสังคม และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล
5. มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง
6. มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ ยังได้กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไว้ใน ข้อ 5 การให้ข้อมูล และเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ว่า “ทีมผู้ให้บริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย และครอบครัว จัดกิจกรรมตามแผนเพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพ เข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล ดังนี้

1. ทีมผู้ให้บริการ ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย, ศักยภาพ, ภาวะทางด้านอารมณ์จิตใจ, ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง

2. ทีมผู้ให้บริการ ให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเอง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเหมาะสมกับปัญหา, เวลา, ผู้รับข้อมูล มีความชัดเจนและเป็นที่น่าสนใจง่าย มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ

3. ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และครอบครัว

4. ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

6. ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว และ ข้อ 6 การดูแลต่อเนื่อง กำหนดมาตรฐานว่า “ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้มีผลดี ดังนี้

6.1 มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อ เมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

6.2 องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

6.3 มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาสิทธิผู้ป่วย

6.4 มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

6.5 มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ในการปรับปรุง/วางแผน บริการในอนาคต

ขั้นตอนกระบวนการของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย

1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยและญาติ เป็นการประเมินล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน เริ่มดำเนินการประเมินตั้งแต่แพทย์รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนอย่างรวดเร็วที่สุด เตรียมความพร้อมและวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามกำหนดที่คาดการณ์ไว้ การประเมินความต้องการ ควรประเมินให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่จะให้ควมช่วยเหลือในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความคาดหวังของผู้ป่วย/ญาติเพื่อนำมาประกอบการประเมิน(กรมสุขภาพจิต, 2551) มีดังนี้

ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย

1. การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยต้องการสนับสนุนเรื่องยา ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและข้อมูลแหล่งประโยชน์
2. ข้อมูลการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องการความรู้เรื่องโรคและการรักษาที่ตนได้รับ คำแนะนำ คำปรึกษา อาการของโรค ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การดูแลตนเอง ระยะเวลาในการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการ
3. ทักษะการจัดการกับอาการผิดปกติของตนเอง การจัดการกับอารมณ์ต่างๆ การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเลิกใช้สารเสพติด
4. ด้านครอบครัว/ชุมชน ผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ให้โอกาส ไม่เป็นภาระของครอบครัวและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย
5. ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยคาดหวังและต้องการสิทธิการรักษา มีศักยภาพการทำงาน มีอาชีพที่มั่นคงเลี้ยงตนเองได้

ความต้องการ/ความคาดหวังของญาติ แบ่งเป็น 7 ด้าน

1. การเข้าถึงบริการ ญาติต้องการให้มีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชใกล้บ้าน ต้องการการปรึกษา การช่วยเหลือในช่วงที่ญาติมีความยุ่งยากเมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤต ต้องการข้อมูล แผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย
2. ข้อมูลการรักษา ต้องการความรู้เรื่องโรคและการรักษา แผนการรักษาผู้ป่วยและยาที่ได้รับ
3. การจัดการกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มผิดปกติ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด สอนให้ผู้ป่วยคุมอารมณ์ตนเอง
4. การให้ยาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกต้อง สอนให้ผู้ป่วยฝึกจดยา รับประทานยาด้วยตนเอง ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับยา วิธีการ

ให้ยา ข้อควรระวัง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

5. แนวทางการช่วยผู้ป่วยให้เลิกใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
6. การเตรียมทักษะการดูแลตนเองและงานอาชีพให้กับผู้ป่วย ทักษะที่จำเป็น ให้คำแนะนำแหล่งฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วย เพื่อแบ่งเบาภาระของญาติ
7. การจัดการความเครียดและความช่วยเหลือ ความเบื่อน่ายในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการ/ความคาดหวังของชุมชน แบ่งเป็น 4 ด้าน

1. การเข้าถึงบริการ ชุมชนต้องการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลเครือข่ายและชุมชน
2. ระบบการดูแล/ส่งต่อชุมชน ที่เป็นระบบเฉพาะ มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาความรู้ความสามารถของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. ผู้รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นคนในชุมชนนั้น เป็นผู้ที่อยู่กับปัญหาและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นได้

ความต้องการ/ความคาดหวังของสังคม แบ่งเป็น 2 ด้าน

1. ด้านการเข้าถึงบริการ สังคมต้องการข้อมูลข่าวสารบริการ แหล่งประโยชน์ การให้การปรึกษา ได้รับเทคโนโลยีที่ผลิตขึ้นจากกรมสุขภาพจิต สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิต และมีการสนับสนุนให้นำไปใช้อย่างจริงจัง
2. ด้านกิจกรรมทางสังคม สังคมมีความต้องการและคาดหวังให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดกิจกรรมขึ้นในชุมชน ซึ่งสามารถตอบสนองทั้งความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยผ่านสื่อต่างๆ องค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้และความเข้าใจมากกว่าสังคมของความรังเกียจและหวาดกลัวต่อผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- 2) การวางแผนเป้าหมายร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ป่วย ต้องกำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรวมทั้งญาติ ผู้ดูแล เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ
- 3) การวางแผนจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินและวางแผนเป้าหมายร่วมกัน โดยนำเอาข้อมูลดังกล่าวมาใช้วางแผน ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นการกำหนดแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาวและวิธีประเมินรวมทั้งเนื้อหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม
- 4) การปฏิบัติตามแผนภายในกำหนดเวลาและมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งในสถานบริการและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการมอบหมายให้บุคลากรทีมการ

พยาบาลต่างๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน ติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ดูแลการปฏิบัติให้เกิดเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งวิธีปฏิบัตินั้นประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือ กระทำการให้หรือกระทำแทน การกระตุ้นสนับสนุนสร้างแรงจูงใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้กับผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การสอน การให้คำปรึกษา การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆรวมทั้งการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้ เป็นต้น

5) การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามเกณฑ์ในแต่ละเป้าหมายที่วางร่วมกัน เป็นการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการใช้ทักษะต่างๆ เช่น การสังเกต การสอบถาม การปฏิบัติ และการตัดสินใจว่าพฤติกรรมการเรียนรู้หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจต้องวางแผนหรือประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหาใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติใหม่ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- 1) เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล (Quality of Care)
- 2) เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน
- 3) เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 4) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและหรือการดูแลโดยญาติ/ผู้ดูแล
- 5) ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติ และ ผู้ดูแล
- 6) ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ (ในชุมชน) ที่จำเป็น
- 7) ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล (Utilization Management)
- 8) เพื่อจัดระบบการติดต่อสื่อสารและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ใช้บริการและบุคคลากรที่มีสุขภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราครองเตียง
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน
- 3) ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
- 4) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย
- 5) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า
- 6) การใช้ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชนคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม

7) บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงาน การประสานงาน การทำงานเป็นทีม และการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชน

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

อีวูและคนอื่นๆ (Huey, et al. cited in Lukokin 1986 อ้างถึงใน กฤษฎา แสงดี, และคณะ 2539) ได้เสนอแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้พัฒนาเป็นรูปแบบชัดเจน คือ รูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้
M ย่อมาจาก Medication คือผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

E ย่อมาจาก Environment & Economic คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหา ด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T ย่อมาจาก Treatment คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจปัญหาของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง

H ย่อมาจาก Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถ ปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ด้วย

O ย่อมาจาก Outpatient referral คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล ซึ่งควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้

D ย่อมาจาก Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึงสารเสพติดต่างๆ ด้วย

บทบาทหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

สังคมสงเคราะห์จิตเวช ตามค่านิยมของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หมายถึงการนำเอาวิชาการสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ จิตเวชศาสตร์และศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานใช้ในการ

ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจและพฤติกรรม ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพจิต และจิตเวช

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข(2546) ได้กล่าวถึงบทบาทการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้

1.บทบาทต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

2.บทบาทต่อหน่วยงาน มีบทบาท 3 ระดับคือ

(1)ระดับฝ่าย/กลุ่มงาน มีบทบาทในการวางแผน ให้บริการและพัฒนาวิชาการ

(2)ระดับโรงพยาบาล/ศูนย์ มีบทบาทในการร่วมวางแผน และปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล/ศูนย์

(3)ระดับสถาบัน/กรม มีบทบาทในการรับสนองนโยบายที่กำหนด

3.บทบาทต่อชุมชนและสังคม มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และการแก้ไขปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

4.บทบาทต่อการพัฒนาวิชาชีพ มีบทบาทในการพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช ให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์

หน้าที่ความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีหน้าที่ในการศึกษา ประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลทางสังคม จิตใจ ร่างกาย วินิจฉัยข้อมูลทางสังคมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย ให้การบำบัดทางสังคม จิตใจ แก้ไขปัญหา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ให้บริการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินแก่ชุมชน อีกทั้งประสานการดำเนินงานและจัดหาทรัพยากรทางสังคม ศึกษา ค้นคว้า วิจัย ฝึกอบรม ผลิตรายการทางวิชาการและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการอย่างครบวงจร

บทบาทหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช (อ้างตามจรัพร เทพมณฑา,2550) ดังนี้

1.บทบาทในการแก้ไขปัญหา ป้องกัน พัฒนาและฟื้นฟู

2.บทบาทในการจัดหาและการเตรียมข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานสังคม

สงเคราะห์

3.บทบาทในการผสมผสานความต้องการของผู้รับบริการให้สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ และทรัพยากรที่มีอยู่เข้าด้วยกัน

4.บทบาทในการระดมและชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการให้บริการ เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงสังคม

5.บทบาทในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสนับสนุนการทำงานในหน่วยงาน

6.บทบาทในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อมุ่งสู่การวางแผนในการรองรับปัญหาให้ทันต่อสภาพสังคม นโยบายสังคมและสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน

7.บทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนในการวางแผนนโยบายและแผน เพื่อการพัฒนางานมุ่งสู่ความ ต้องการของผู้รับบริการโดยเฉพาะ

โครงสร้างและลักษณะงาน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข(2546) แบ่งโครงสร้างและลักษณะงานของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช โดยจำแนกตามลักษณะงานได้ 6 ลักษณะงาน ดังนี้

ลักษณะงานที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม(Social Assessment and Diagnosis)

ลักษณะงานที่ 2 การบำบัดทางสังคม (Social Treatment)

ลักษณะงานที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

ลักษณะงานที่ 4 การสังคมสงเคราะห์จิตเวชชุมชน (Community Psychiatric Social Work)

ลักษณะงานที่ 5 การจัดการทรัพยากรทางสังคม (Social Resources Management)

ลักษณะงานที่ 6 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ลักษณะงานที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิต รูปแบบการเผชิญปัญหา รวมทั้งแรงจูงใจต่างๆ เพื่อการประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัย สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยทางสังคมและวางแผนให้การบำบัดช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาปัญหาทางสังคมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิตใจและเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา

2. เพื่อพิจารณากำหนดแนวทางการบำบัดทางจิตและแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม

3. เพื่อเป็นข้อมูลทางวิชาการ เป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาทางสังคม

กิจกรรม

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติและผู้เกี่ยวข้อง

2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

3. วินิจฉัยทางสังคม

ผลลัพธ์/ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วย ญาติ ได้ระบาย รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลในการมาใช้บริการ เกิดความอบอุ่น
2. ผู้ป่วย ญาติ ได้รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยทางสังคม ได้ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนร่วมวางแผนในการแก้ปัญหา เกิดความตระหนักและเข้าใจในสาเหตุของการเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วย ญาติ ได้ข้อมูลที่เหมาะสม เช่น แหล่งทรัพยากรทางสังคม สิทธิต่างๆของตนและการเข้าถึงบริการ

ลักษณะงานที่ 2 การบำบัดทางสังคม เป็นการแก้ไขปัญหาทางสังคม จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล กลุ่ม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสังคมและทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลในการดำรงชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การบำบัดทางสังคม จิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล กลุ่ม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อแก้ไขปัญหาทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา กิจกรรม เป็นการบำบัดและให้การปรึกษา ในลักษณะ

1. รายบุคคล โดยใช้วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย ดังนี้

1.1 การช่วยเหลือทางสังคม(Social Intervention)

1.2 ให้การปรึกษา (Counseling)

1.3 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

โดยใช้ทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์ ดังนี้

1) ทฤษฎีการแก้ปัญหา(Problem-solving Theory)

2) ทฤษฎีการวิเคราะห์จิตใจและสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคล(The Psychosocial Approach or Diagnostic Theory)

3) ทฤษฎีแห่งระบบ (System Theory)

4) ทฤษฎีการดำเนินงานตามหน้าที่อย่างเหมาะสม (The Functional Approach)

5) ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (The Behavioral Modification)

6) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน (The Planned Change Theory)

7) ทฤษฎีการช่วยเหลือในกรณีวิกฤติการณ์ (Crisis Intervention Theory)

2. กลุ่ม ใช้วิธีการและทฤษฎีสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน ดังนี้

2.1 กลุ่มบำบัด เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ไขปัญหาทางสังคม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ กลุ่มแก้ไขปัญหา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ฯลฯ

2.2 กลุ่มให้การปรึกษา เป็นกระบวนการกลุ่มให้การปรึกษา โดยให้สมาชิกเกิดการยอมรับ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันให้แก่กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่าย กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี ฯลฯ

3. ครอบครัวยุ เป็นการให้การบำบัด และแก้ไขปัญหาทางสังคม จิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แบ่งเป็น

3.1 รายครอบครัว หมายถึงครอบครัวของผู้ป่วย 1 ครอบครัว ได้แก่

1) การให้การปรึกษาก่อนสมรส

2) การให้การปรึกษารายครอบครัว เช่น การให้การปรึกษาคู่สมรส การให้ความช่วยเหลือครอบครัวในภาวะวิกฤติ การบริหารจัดการภายในครอบครัว การวางแผนครอบครัวและการเตรียมตัวก่อนจำหน่าย

3) ครอบครัวบำบัด

3.2 กลุ่มครอบครัว ได้แก่กลุ่มให้การปรึกษารายครอบครัว สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อ HIV เป็นต้น

ผลลัพธ์/ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ได้ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการ สามารถวางแผนแก้ไขปัญหา โดยใช้ศักยภาพของตนเอง

2. ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ได้ระบายอารมณ์อารมณ์ความรู้สึก มีการสื่อสารที่เหมาะสมและได้รับการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ลักษณะงานที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมรายบุคคล

2. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่กลุ่มต่างๆ ดังนี้

-กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม

-กลุ่มชุมชนบำบัด

-กลุ่มกิจกรรมพิเศษ ฝึกทักษะการดำรงชีวิต

-กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสู่ชุมชน

-กลุ่มสังสรรค์สัมพันธ์

ผลลัพธ์/ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจศักยภาพของตนเองและสามารถนำศักยภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น
 2. ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างมีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า
 3. ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข
 4. ลดค่าใช้จ่ายและการดูแลให้กับครอบครัวและสังคม
- ลักษณะงานที่ 4 การสังคมสงเคราะห์จิตเวชชุมชน เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และแก้ไขปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน
2. เพื่อป้องกันปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
3. เพื่อแก้ไขปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของชุมชน
4. เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

กิจกรรม

1. เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย จัดนิทรรศการ เผยแพร่เอกสารและสื่อต่างๆ
2. จัดอบรม ประชุม สัมมนา โครงการสุขภาพจิตชุมชนต่างๆ
3. ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน เช่น ครู นักเรียน ผู้สูงอายุ องค์กรเอกชน โดยการ อบรม สัมมนา บรรยาย อภิปราย ฯลฯ
4. เผื่อระวังการเกิดปัญหาทางสังคมที่จะมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยศึกษาอุบัติการณ์ และความชุกของปัญหาสุขภาพจิต
5. ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางสื่อต่างๆ อาทิ โทรศัพท์ วิทยุ
6. ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้กระบวนการสังคมสงเคราะห์ชุมชน เพื่อสนับสนุนให้เครือข่ายทางสังคมรองรับผู้ป่วย ให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการป่วยซ้ำ โดยวิธีการ
 - 6.1 เยี่ยมบ้าน
 - 6.2 ให้การปรึกษาครอบครัวและผู้ป่วยในชุมชน
 - 6.3 ให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชน

6.4 ประสานทรัพยากรในชุมชน

6.5 ติดตามผลการรักษา

7. บริการสุขภาพจิตชุมชน เช่น ในโรงเรียน โรงงาน สถานสงเคราะห์ เรือนจำ ฯลฯ

8. บริการสุขภาพจิตในชุมชนในภาวะวิกฤติ

ลักษณะงานที่ 5 การจัดการทรัพยากรทางสังคม เป็นการจัดหา จัดการทรัพยากรทางสังคม และการพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) เพื่อนำมาให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชทั้งภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อจัดหาทรัพยากรในสังคมสำหรับตอบสนองความต้องการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ครอบครัวและชุมชน

กิจกรรม

1. ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
2. เป็นสื่อกลางติดต่อประสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
3. จัดหาและสนับสนุนการจัดการตั้งทรัพยากรทางสังคมในการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์

จิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์/ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเหมาะสมกับปัญหาความต้องการ
2. ผู้ป่วย ครอบครัว รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม
3. ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถูกทารุณกรรม ล่วงละเมิดทางเพศ ถูกกระทำอนาจารจะ

ได้รับการพิทักษ์สิทธิ

ลักษณะงานที่ 6 การวิจัยและพัฒนา เป็นการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย แสวงหาคำตอบความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช ตลอดจนถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตคิดค้น วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการ

ให้บริการ และการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

2. เพื่อถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการพัฒนาสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงาน
3. เพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนการให้บริการ รวมทั้งการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

กิจกรรม

1. ทำวิจัย
2. ผลิตเนื้อหาทางวิชาการ

3. ผลิตและพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคม เช่น เกณฑ์วัดการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม คู่มือ หรือเกณฑ์การวินิจฉัยทางสังคม คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบบฟอร์มต่างๆ การจัดการระบบข้อมูล และสถิติทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช ฯลฯ

ผลลัพธ์/ประโยชน์ที่เกิดขึ้น

1. ได้องค์ความรู้ใหม่หรือนวัตกรรมในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชเพื่อพัฒนางานบริการ
2. ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปกำหนดนโยบายและวางแผนงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช
3. บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มพูนทักษะ และศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วย *

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การนิเทศงาน บุคลากรได้รับความรู้ทางสังคมสงเคราะห์ที่ถูกต้องตามมาตรฐานเดียวกัน บทบาทนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลาครินทร์

1. กิจกรรมแพทย์พบญาติ ดำเนินการทุกวันอังคารเวลา 13.00-15.00 น. ลักษณะกิจกรรมคือนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่วินิจฉัยทางสังคมโดยการประเมินครอบครัว โครงสร้างหน้าที่ของครอบครัว บทบาทของสมาชิกแต่ละคน ทักษะคติของครอบครัวต่อสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช บรรยากาศทางอารมณ์ของครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่นระบบเครือข่าย เพื่อน การมีส่วนร่วมของชุมชน ศาสนา ประสบการณ์ของครอบครัวในการรักษาผู้ป่วยทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเชื่อต่างๆ รวมทั้งความเข้าใจของครอบครัวต่อปัญหาผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา

2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดำเนินการทุกวันพฤหัสบดีเวลา 12.00-13.00 น. ลักษณะกิจกรรมนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการบำบัดและช่วยเหลือทางสังคม โดยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มพบญาติมาประเมินร่วมกันกับทีมบำบัด เพื่อกำหนดแผนการช่วยเหลือ เลือกกระบวนการบำบัดและการติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสมกับศักยภาพและอาการของผู้ป่วย

3. ศรีตรังจิตสัมพันธ์:โรงพยาบาลกลางวัน นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการบำบัดและฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน(self care) เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตด้วยตนเองโดยเฉพาะทักษะทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างได้ดีขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีแรงจูงใจ มีความกล้าที่จะลองทำหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกิดความหวังและค้นพบความเข้มแข็งในตัวเอง

4. เยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีการประเมินผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่แวดล้อมผู้ป่วย

5 การประเมินอาการและติดตามผล นักสังคมสงเคราะห์ที่มีบทบาทในการประเมินทางสังคม และติดตามการมาพบแพทย์ตามนัดหลังจำหน่าย

๕ *

3. ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา ชัยเจริญ(2547) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีค่าความเที่ยง ของแบบวัดเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิกุล เจริญสุกมลทรัพย์ และคณะ(2551) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาผลการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 36 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระบบในการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนจำหน่าย การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล ผลการพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุ 21-30 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพโสด อาชีพทำนาและภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี มีอาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพได้พัฒนาให้เป็นระบบที่ชัดเจน โดยการนำปัญหาจากการปฏิบัติที่ผ่านมาเชื่อมโยงกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ปัจจัยที่ทำให้ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือของ ทีมสหวิชาชีพ และควรมีการสอนงาน หลังการอบรม และให้คำแนะนำช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

W. Reynolds และคณะ(2004) ได้ศึกษาเรื่อง The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients มีวัตถุประสงค์ที่จะทดสอบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุม 11 คนและกลุ่มทดลอง 8 คน โดยทำการประเมินอาการที่รุนแรง(symptom severity) ระดับในการปฏิบัติหน้าที่(levels of function) คุณภาพชีวิต(quality of life)และอัตราการรักษาซ้ำ(readmissions)พบว่าในช่วง 5 เดือน กลุ่มควบคุมมีอัตราการรักษาซ้ำ 5 คน กลุ่มทดลอง 2 คน ผลการประเมินอาการที่รุนแรงพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านความก้าวร้าวและปัญหาครอบครัว ซึ่งพบในสองกลุ่ม นอกจากนี้ในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงด้านปัญหาอารมณ์ที่เฉยเมย ปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับในการปฏิบัติหน้าที่ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นด้านการเคลื่อนไหว ด้านคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความพึงพอใจในชีวิต การจัดการ ความเป็นส่วนตัว ความสนุกสนาน การพักผ่อน และการใช้เวลากับผู้อื่น

Williams,C.C.(2004) ได้ศึกษาเรื่อง Discharge Planning: Implication for the Quality of life of Psychiatric Patients? เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 56 คน ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 วันและติดตามสัมภาษณ์อีกครั้งหลังจาก 6 เดือน ใช้แบบวัดอาการเจ็บป่วย(Symptom levels) แหล่งสนับสนุนทางสังคม(Social support) ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย(satisfaction with discharge planning)และวัดคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมและความรู้สึก(Objective and subjective quality of life) พบว่าในช่วง 6 เดือน คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม แหล่งสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุพรัตน์ คุณรัตน์ และคณะ (2544) ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือนของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำและปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการกลับมารักษาซ้ำมีร้อยละ 42.6 เป็นการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือนร้อยละ 14.5และภายใน 3 เดือนร้อยละ 26.8 ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ เป็นเพศชาย ร้อยละ 82 อายุเฉลี่ย 33 ปี ป่วยด้วยโรคจิตเภท ร้อยละ 68 ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลก่อนกลับมารักษาซ้ำ เฉลี่ย 26 วัน สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนคือจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในรอบ 1 ปี ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการมารักษาซ้ำ 2 ครั้งต่อปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน มากกว่าผู้ป่วยที่มารักษาซ้ำน้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี

ละเอียด รอดจันทร์และคณะ (2544) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

ความเชื่อด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับโรคจิตเวช สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะทางคลินิกและการรับบริการ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค แต่ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับโรคจิตเวช รวมทั้งสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำ

พิไลรัตน์ ทองอุไร และ ศุภวรรณ ศรีช่วย(2541) ศึกษาเรื่องปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลประสาทสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลประสาทสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวจังหวัดสงขลา อายุระหว่าง 25-34 ปี เชื้อชาติไทย ค่ารักษาพยาบาลเบิกไม่ได้กับเบิกได้อยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ระยะเวลาที่กลับไปอยู่กับครอบครัวระหว่าง 1-2 ปี สาเหตุของการกลับมาเป็นซ้ำเกิดจาก 1) ขาดยาและกินยาไม่สม่ำเสมอ สาเหตุที่ขาดยาเพราะคิดว่ายายแล้วและเบื่อกินยา สาเหตุที่กินยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากขี้เกียจ กินแล้วมีผลข้างเคียง 2) สถานการณ์สูญเสีย คือทรัพย์สินและเกียรติยศชื่อเสียง 3) การเสพรูปร่างเนื่องจากเพื่อนชวนและไม่สบายใจ 4) การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัวบ้าง สาเหตุที่ทะเลาะมีสาเหตุต่างๆ และเบียดเบียนในการทำงาน

พิไลรัตน์ ทองอุไร และ ศุภวรรณ ศรีช่วย(2541) ได้อ้างถึงการศึกษาของ Marviin&Charks (1970) เรื่อง Relapse in schizophrenia โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำและญาติของผู้ป่วยว่ามีเหตุการณ์สำคัญใดๆ ซึ่งคาดว่าอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยซ้ำ พบว่าร้อยละ 40 ตอบว่าไม่ทราบสาเหตุ บอกว่าความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาในครอบครัว มีเพียงร้อยละ 2 ที่ตอบว่าเป็นเพราะหยุดยาหรือใช้ยาไม่ถูกต้อง จำนวนที่เหลือตอบว่าสัมพันธ์กับการดื่มสุราและยาเสพติดและมีความรู้สึก ว่าตนเองถูกแยกจากสังคม

Mandy Dixon และคณะ (1997) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำเพื่อศึกษาอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ระยะเวลาที่กลับมารักษาซ้ำ ความแตกต่างด้านประชากรของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำและไม่เข้ารับการรักษาซ้ำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด 328 คน ในจำนวนนี้ 240 คนไม่เข้ารับการรักษาซ้ำและเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน 88 คน (ร้อยละ 27) ระยะเวลาหลังจำหน่ายและกลับมารักษาซ้ำ 1-185 วัน(mean 77, s.d=56) มากกว่าร้อยละ 63.6 ที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการรักษาซ้ำก่อนเวลา(อ้างตาม(Boydell et al,1991) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำและไม่เข้ารับการรักษาซ้ำพบว่า เพศ อายุ อายุที่เข้ารับการรักษาครั้ง

แรก จำนวนครั้งที่จำหน่าย การวินิจฉัยโรค สถานภาพ เชื้อชาติและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลครั้ง
ล่าสุด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเข้ารับ
การรักษาซ้ำ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่(living status) ความรู้สึกต่อต้านการรักษา จำนวนครั้งที่เข้ารับ
การรักษา

๒๕

4. ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2550 - ตุลาคม พ.ศ. 2551 มีจำนวน 181 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 57 ราย ที่ถูกคัดเลือกเข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย(discharge planning) ผู้ป่วยร้อยละ 3.5 ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 19.3 มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ ผู้ป่วย 27 ราย(ร้อยละ 47.4) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก (first admission) และผู้ป่วย 30 ราย(ร้อยละ 52.6) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภาพที่ 1

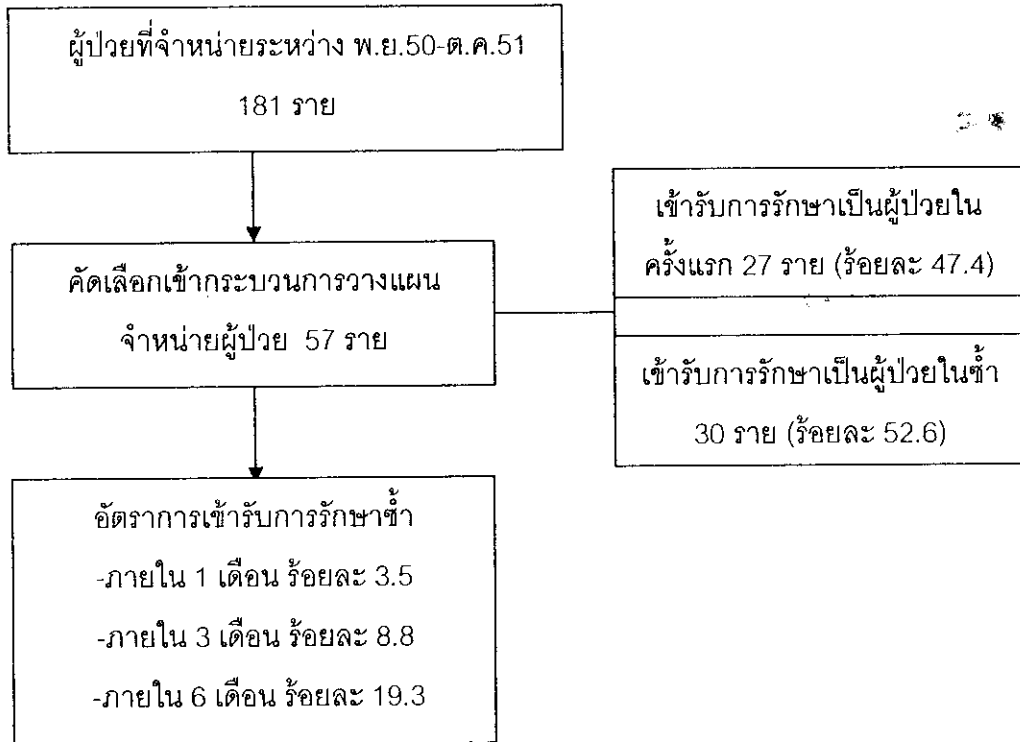
ผู้ป่วยจำนวน 57 คนที่เข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 57.9 ร้อยละ 42.1) อายุเฉลี่ย 38.5 ปี(SD=5.1, range 12-79 ปี) ร้อยละ 63.2 มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 49.1 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 42.1 คู่ ร้อยละ 8.8 หย่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 30 มีอาชีพรับราชการ รองลงมา ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 21.1 ทำงานบ้าน/ไม่มีอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 60 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า / ประกันสังคม ร้อยละ 36.8 เป็นสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีเพียงร้อยละ 8.8 และร้อยละ 3.5 จ่ายเงินสดและส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (length of stay) เฉลี่ย 16.5 วัน(SD=15.3, range 4-104 วัน) โรคที่เข้ารับการรักษาจำแนกตาม ICD-10 ส่วนใหญ่ได้แก่กลุ่ม mood (affective) disorder (ร้อยละ 40.4) รองลงมา กลุ่ม schizophrenia และ กลุ่ม mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (ร้อยละ 29.8 และ ร้อยละ 22.8) ตามลำดับ ตารางที่ 1

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในช่วงเวลาดำเนินกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย 30 ราย มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 11 ราย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 16.5 วัน (SD=11.8, range 5-66) ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับเข้ามารับการรักษาร้อยละ 96.8 วัน (SD =56.5, range 16-166) เมื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 30 ราย ย้อนหลัง 6 เดือน ก่อนที่จะมีกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 8 รายที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีผู้ป่วย 2 รายที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 22.3 วัน(SD=15.5, range 7-56) ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับเข้ามารับการรักษาร้อยละ 125.5 วัน (SD =14.8, range 115-136) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและศึกษาต่อไปอีก 6 เดือนพบว่าในจำนวนผู้ป่วยทั้ง 30 รายมีผู้ป่วยจำนวน 7 รายที่เข้ารับการรักษาและในจำนวนนี้มี 3 รายที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 10.7 วัน (SD=4.4, range 5-15) และระยะเวลาหลังจาก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับเข้ามารับการรักษาค่าเฉลี่ย 93.3 วัน (SD =23.2,range 78-120) ตารางที่ 2

ภาพที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่เข้ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (N= 57)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ : ชาย	33	57.9
หญิง	24	42.1
อายุ	เฉลี่ย 38.5 ปี (SD=5.1, range 12-79 ปี)	
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล	เฉลี่ย 16.5 วัน (SD=15.3, range 4-104 วัน)	
จังหวัด: สงขลา	36	63.2
อื่นๆ	21	36.8
สถานภาพ:โสด	28	49.1
คู่	24	42.1
หย่า	5	8.8
อาชีพ: รับราชการ	17	29.9
งานบ้าน/ไม่มีอาชีพ	15	26.3
นักเรียน/นักศึกษา	12	21.1
ค้าขาย	6	10.5
อื่นๆ ได้แก่ ลูกจ้าง ทำสวน	7	12.2
การวินิจฉัยโรค		
-mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	13	22.8
-schizophrenia	17	29.8
-mood (affective) disorder	23	40.4
-neurotic, stress-related and somatoform disorders	3	5.2
-อื่นๆ	1	1.8
สิทธิในการรักษา		
-เบิกค่ารักษาได้	21	36.8
-สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม	29	50.9
-เงินสด	5	8.8
-ปรึกษาสังคมสงเคราะห์	2	3.5

ตารางที่ 2 อัตราการเข้ารับการรักษของผู้ป่วย (N= 30 ราย)

ระยะเวลา	อัตราการเข้ารับการรักษา			ระยะเวลาหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลและ กลับเข้ามารับการรักษาระยะยาว
	จำนวนผู้ป่วย(ราย) เข้ารับการ รักษา	รักษาซ้ำ ภายใน 6 เดือน	ระยะเวลาที่นอน โรงพยาบาล	
6 เดือน ก่อนกระบวนการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	8	2	22.3 วัน (SD=15.5, range 7-56)	125.5 วัน (SD =14.8, range 115-136)
ระหว่างดำเนิน กระบวนการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย	30	11	16.5 วัน (SD=11.8, range 5-66)	96.8 วัน (SD =56.5 , range 16-166)
6 เดือน หลังเสร็จสิ้น กระบวนการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย	7	3	10.7 วัน (SD=4.4, range 5-15)	93.3 วัน (SD =23.2 , range 78-120)

5.อภิปรายผล

งานวิจัยนี้รายงานถึงผลของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีต่อการเข้ารับการรักษาระยะยาวในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งการเข้ารับการรักษาระยะยาวจัดว่าเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพหรือความล้มเหลวของระบบบริการด้านสุขภาพจิต โดยทั่วไปนั้นการกลับเข้ามารับการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยตัวอย่างเช่น สภาพความเป็นอยู่ ความรู้สึกต่อต้านการรักษา (Mandy Dixon, et al, 1997) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโรค (ละเอียด รอดจันทร์, 2542) การขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สถานการณ์สูญเสียทรัพย์สิน เกียรติยศ ชื่อเสียง การเสพยาเสพติดรวมทั้งการทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2541) การเข้ารับการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นภายใน 1-3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Mandy Dixon, et al, 1997) เป็นการเข้ารับการรักษาระยะยาวก่อนเวลา และเป็นเสมือนตัวบ่งชี้ถึงความล้มเหลวของการจำหน่ายผู้ป่วย (Jones, E., 1991) โดยระยะเวลาที่เสี่ยงต่อการกลับเข้ามารับการรักษาระยะยาวที่พบมากที่สุดคือภายใน 1 เดือน (Naji, S.A, et al, 1999)

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 3.5 ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 19.3 มีอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาระยะยาวภายใน 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนตามลำดับ ซึ่งมีค่าต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 14.4 และร้อยละ 26.8 กลับมารับการรักษาระยะยาวภายใน 1 เดือนและ 3 เดือน สำหรับการศึกษาในประเทศอังกฤษ เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ร้อยละ 27 ของผู้ป่วยจิตเวชจะกลับเข้ารับการรักษาระยะยาวภายใน 6 เดือน (Mandy Dixon, et al, 1997) ในขณะที่การศึกษาของประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 17 - 22 มีอัตราการกลับมารักษาภายใน 6 เดือน (Masaki N, et al, 1997) ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดการเข้ารับการรักษาระยะยาวไม่ได้วางแผน ลดต้นทุนค่าเสียโอกาสทั้งต้นทุนทางตรง คือต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าเหมารถ ค่ารักษา และต้นทุนทางอ้อมคือต้นทุนที่ไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางของญาติ

นอกจากนี้ พบว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นระบบจากการศึกษานี้ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงคือ 16.5 วัน (SD=11.8, range 5-66) ในขณะที่การศึกษาถึงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในประเทศเยอรมนีและสหรัฐอเมริกา พบว่า มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 42.2 วัน และ 14.8 ตามลำดับ (Irina A, et al, 2008) ส่วนระยะเวลาการกลับเข้ามารับการรักษาระยะยาวหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ 96.8 วัน ซึ่งมีค่าแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอังกฤษที่มีระยะเวลาการกลับเข้ามารับการรักษาระยะยาวหลังจาก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 77 วัน โดยมีสัดส่วนการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมากที่สุด (Mandy Dixon., et al, 1997)

Reynolds และคณะ พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 5 เดือนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในด้านความพอใจในชีวิต การจัดการชีวิต ความเป็นส่วนตัว มีความสนุกสนานได้รับการพักผ่อนและใช้เวลากับผู้อื่นได้ดีขึ้น (Reynolds, W. et al, 2004) นอกจากนี้ Williams พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการวางแผนจำหน่ายติดต่อกัน 8 เดือน โดยวัดจากอาการเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และวัดคุณภาพชีวิตทั้งด้านพฤติกรรม และความรู้สึก พบว่าในช่วง 6 เดือน มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรม แต่คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Charmaine C, Williams ,2004)

กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและนักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ร่วมกับพยาบาล หอผู้ป่วยจิตเวช ได้จัดตั้งทีมการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้านจิตสังคม (psychosocial) อย่างเป็นระบบและองค์รวม มีการบำบัดรักษาที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล เป็นการร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัวที่จะร่วมกันค้นหาความต้องการ วิเคราะห์ปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัย เสนอความคิดเห็น ที่เป็นทางออกร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแพทย์พบญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้ความช่วยเหลือและมอบหมายที่รับผิดชอบในกิจกรรม discharge planning การฝึกทักษะผู้ป่วยในด้านต่างๆ รวมทั้งฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มบำบัดศรีตรังจิตสัมพันธ์ : โรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งเป็นเสมือนสังคมจำลองที่เสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตอาการเตือนที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำและการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ทันเวลาที่ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สุดท้ายการติดตามผลหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เน้นการช่วยเหลือทางสังคม ทำให้จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง คือจากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมาคือ 22.3 วัน ลดลงเหลือเพียง 16.5 วัน ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวที่บ้าน อยู่กับชุมชนได้อย่างสร้างสรรค์และเป็นสุข ญาติสามารถรับรู้อาการของผู้ป่วยได้ทันที และสามารถจัดการกับปัญหาได้เร็ว ไม่ปล่อยปละละเลยให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหนัก โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยซึ่ง ก่อนกระบวนการวางแผนจำหน่าย มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 2 คน

ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาเข้ารับการรักษารักษาซ้ำอัตราเฉลี่ย 125.5 วัน เป็นการบ่งบอกถึงความไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการ แต่เมื่อดำเนินกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและมีการติดตามผู้ป่วยต่อไปอีก 6 เดือน จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำ 11 คนและ 7 คน ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาเข้ารับการรักษารักษาซ้ำเฉลี่ย 96.8 วัน และ 93.3 วัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Gillis et al ที่ว่า เมื่อเปิดช่องทางในการติดต่อกับโรงพยาบาลได้แล้วครั้งหนึ่ง ก็ง่ายสำหรับผู้ป่วยที่จะติดต่อกลับเข้ามารับการรักษาเมื่อเกิดปัญหาหรือมีความยุ่งยากเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชน (Gillis L S.,et al 1985) ญาติมีความไว้ใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ เป็นการให้บริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ(health need) อย่างแท้จริง

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดำเนินก่ารนั้น ช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่วางแผน ลดต้นทุนค่าเสียโอกาส ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค อย่างไรก็ตาม ด้วยความรุนแรงของโรค และธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช การเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ ถึงแม้จะดำเนินกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก็ไม่จัดว่าเป็นความล้มเหลวของการบริการ ทั้งนี้เพราะกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เน้นการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาและติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของญาติต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อยืนยันผลการวิจัยอีกครั้ง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช. กรุงเทพมหานคร:กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท(ฉบับปรับปรุง,2551).กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
- กาญจนา ชัยเจริญ.ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- กฤษดา แสงวดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.กองการพยาบาลสำนักปลัด,2539
- กฤษดา แสงวดี,จีรพร สติธองกุล และเรวดี ศิรินคร.แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
- จำลอง ดิษยวณิช. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2520.
- จีรพร เทพมณฑา, บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิต.วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.
- ชูதிய ปานปรีชา “การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาทางกายอย่างอื่น” ในตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2540.
- ดารณี ชัยอิทธิพร บุญเยี่ยม ลาภาอุทัย :รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาลักษณะการปรุงแต่งพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง.อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต; 2539.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : ตำราอุดมศึกษาโครงการส่งเสริมการแต่งตำรา ทบวงมหาวิทยาลัย, 2530.
- พรพรรณี พลอยประเสริฐ. แนวทางพัฒนากระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลแม่ระมาด.วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, 2550.
- พิรา ศุทธรัตน์. “สาเหตุของโรคทางจิตเวช” ในตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2540.
- ไพไลรัตน์ ทองอุไร, ศุภวรรณ ศรีช่วย .การศึกษาปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลประสาทสงขลา รายงานการวิจัย. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2541.
- ภัทรจิต ลาภตติยกุล. บทบาทนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชในการปฏิบัติงานสหวิชาชีพ:ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี.** กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
- ยุพารัตน์ คุณรัตน์. **ปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะ 3 เดือนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.** รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543. [cited 18/11/2551]; Available from: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=524>
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส , จันทรเพ็ญ สุทธิชัยโชติ. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542. [cited 20/11/2551]; Available from: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=524>
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี.** กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล;2549.
- สมภพ เรืองตระกูล. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เวียนแก้ว, 2542.
- สุนารี น้อยชัย. **บทบาทของสถาบันครอบครัวต่อการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิต.** วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.45-48
- หน่วยเวชสถิติ รายงานสถิติผู้ป่วย :สงขลา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2551.
- อัมพร โอตระกูล. **สุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2538.
- Boydell K M, Malcolmson S A,&Sikerbol K. Early rehospitalization. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991; 36: 743-45.
- Caton C L M, Koh S P, Fleiss J L, et al . Rehospitalization in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173: 139-148
- Charmaine C, Williams . Discharge Planning: Implication for the Quality of Life of Psychiatric Patients? [cited 30/01/2552] ; Available from: <http://sswr.confex.com/sswr/2006/techprogram/P4679.HTM>
- Gillis L S., Sandler R, Jakoet A, et al . Outcome after discharge from a psychiatric hospital. *South African Medical Journal* 1985; 68: 470-72.
- Irina A, Reinhard B, Dettel D, Hinderk E. Length of psychiatric inpatient stay: comparison of mental health care outlining a case mix from a hospital in Germany and the United States of America, reprinted from the *German of psychiatry* [cited 30/01/2552]]; Available from: <http://www.gipsy.uni-goettingen.de> ISSN1433-1055



Jones,E. Audit in psychiatry: failed discharges. Psychiatric Bulletin 1991; 15: 26-27.

Mandy D, Emma R, Mohan G, Femi O. Risk factors for acute psychiatric readmission. Psychiatric Bulletin 1997; 21: 600-3.

Masaki N, Fujita T, Kai S, Hira Y, Kondoh K, Yamashita K, et al. Readmission among discharged psychiatric patients and it's correlates._[cited 18/11/2551]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Naji S A,Howie,F.L., Cameron I M,et al. Discharging psychiatric in-patients back to primary care : apragmatic randomized controlled trial of a novel discharge protocol.Primary Care Psychiatry 1999; 5: 109-15.

Reynolds, W. Lauder W. et.al.. The effects of transitional discharge model for psychiatric patients. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing 2004; 11: 82-8.

Rosenblatt A, Mayer J E.The recidivism of mental patients: a review of past studies. American Journal of Orthopsychiatry 1974; 44: 697-705.