



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

รายงานการวิจัย

ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวน
วันนอนอาการทางจิต และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ
หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

Effects of Discharge Planning in Methamphetamine with Drugs induce
psychosis Patients on Length of Stay, mental symptom and multidisciplinary
team satisfaction at Department of Detoxification Thanyarak pattani Hospital

แวมาริยะห์ นีระอิง
ทิพสุคนธ์ มุลจันที
พาริต๊ะ สันนุก

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2562

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้การป้องกันการกลับไป
เสพยาในผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีครั้งนี้ สำเร็จลุล่วง
ด้วยดีโดยความร่วมมือหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญา
รักษ์ปัตตานี แพทย์หญิงนริศรา งามขจรวิวัฒน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ นางรัตติยา สันเสรี
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่ได้ให้
การสนับสนุนการดำเนินงานและข้อเสนอแนะการบริหารจัดการโครงการวิจัย

อาจารย์วันดี สุทธิรังสี อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล
านครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางใน
การศึกษาวิจัยและเป็นที่ปรึกษาอย่างดีมาโดยตลอด

ดร.บุปผา บุญญามณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์
สงขลา คุณวัชร น้อยผา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
คุณรัตติยา สันเสรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่ได้กรุณา
เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

บุคลากร และอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีทุกท่านที่ให้
ความร่วมมือทั้งร่างกาย แรงใจ ในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในวงกว้างสำหรับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปปรับใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต่อไป

คณะผู้วิจัย
กันยายน 2562

ชื่อเรื่องการวิจัย ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน
อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ผู้วิจัย แวมารีย์ะห์ นีระฮิง และคณะ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ทำวิจัยสำเร็จ กันยายน 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน
อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์
ปัตตานี ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง
(two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผน
การจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล
ธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าที่
ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากยาบ้า ตาม ICD-10 รหัสโรค F.15.5 เพศชาย ที่เข้ารับการ
บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด
ในปัจจุบันจะมีผู้รับบริการจำนวน 10-12 คนต่อเดือน ทางทีมผู้วิจัยจึงจะใช้ประชากรทั้งหมดที่เข้าสู่
กระบวนการบำบัดรักษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2. ทีมสหวิชาชีพ
ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในบำบัดยา จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ 1. เครื่องมือที่ใช้
ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือการบันทึกวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า
แบบ D-METHOD และ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
แบบประเมินอาการทางจิตเวช แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และแบบบันทึกจำนวน
วันนอน การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการ
แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ
ค่าเฉลี่ยผลรวมจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และอาการทางจิตของผู้ป่วย
ที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน และจำนวนวันนอน
โรงพยาบาล ใช้สถิติ t-test และ 3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
คะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า
ใช้สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 23.07$, $SD = 6.10$) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 29.86$, $SD = 13.81$) และ
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ

D-METHOD (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.86 และ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อไป

Research title : Effects of Discharge planning in Methamphetamine with Drugs induce psychosis Patients on Length of stay, Mental symptom and multidisciplinary team satisfaction at Department of Detoxification Thanyarak Pattani hospital

Author : Waemariyah Neerahing et al, Thanyarak hospital Pattani, Institution for treating and rehabilitating drug addicts Baromarajonani, Department of Medical Services, Ministry of Public health.

Year : September 2019

Abstract

The research “Effects of Discharge planning in Methamphetamine with Drugs induce psychosis Patients on Length of stay, Mental symptom and multidisciplinary team satisfaction at Department of Detoxification Thanyarak Pattani hospital” is Quasi-Experimental Research (two group pretest–posttest design). The objective of this research was to study the effectiveness of planning. length of stay (LOS) , mental symptoms and multidisciplinary team satisfaction ofThanyarak Pattani hospital.Sample group in this study, there were 2 groups: 1. The Male patients whoreceiving inpatient treatment from Thanyarak Pattani Hospital whichdiagnosed amphetamine-related psychosis by ICD-10 (code F.15.5). Number of people currently recieving therapy that corresponds to the previous criteria there are 10-12 people per month, the research teamused the entire population that has entered the treatment process as a sample group. They weredivided into experimental and control group.2. The multidisciplinary team who take care of patients in Detoxification ward consisting of 12 people, selected a specific sample group (purposive sampling) according to the specified qualifications.

Research tool :There are 2 types of tools used in this research, which are 1. A tool for recording the discharge planning of patients with amphetamine-related psychosis was D-METHOD.2. Tools used for data collection include General information questionnaire, Psychiatric symptom assessment Form,Multidisciplinary Team satisfaction assessment form and record the length of stay.**Data analysis** :The researcher used data analysis as follows1. Personal data was Analyzed by frequency distribution, percentage and standard deviation. 2.Comparethe mean differenceof the total number of Length of stay between the experimental and control group, the psychotic symptoms from methamphetamine. It was statistically analyzed to test the hypothesis and the Length of stayin the hospital by using t-test statistics. 3.Compare the mean difference, The standard deviation of satisfaction scores after using the discharge planning model for patients with amphetamine-related psychosis was used by pair t-test.

The results showed that the mean of total Length of stay in the experimental group($\bar{x} = 23.07$, SD.= 6.10)was less than the mean of total Length of stay in the control group($\bar{x} = 29.86$, SD.= 13.81).When Comparing the mean of Length of stay, it was found that the group who received the D-METHOD discharge plan (experimental group) had a mean of 23.07. The group that did not plan the D-METHOD dischargeplan (the control group) had a mean of 29.86. The number of hospital length of stay in the D-METHOD discharge plangroup was significantly lower than the non-planned D-METHOD discharge plan group, statistically significant at the 0.05 level

The results of this study could be used to furtherdevelop guidelines for the discharge planning model in patients with amphetamine-related psychosis.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(ก)
บทคัดย่อ	(ข)
ABSTRACT	(ง)
สารบัญ.....	(จ)
รายการตาราง.....	(ช)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญและประโยชน์ของวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	6
ความรู้เรื่องโรคจิตจากยาบ้า	6
ความหมายของโรคจิตจากยาบ้า	6
การวินิจฉัยโรคจิตจากยาบ้า	7
อาการและอาการแสดงของโรคจิตจากยาบ้า	7
การรักษาโรคจิตจากยาบ้า	9
แบบประเมินอาการทางจิต	10
แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	10
ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	10
แนวคิดในการวางแผนการจำหน่าย.....	11
ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	12
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	15
ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย.....	16
การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตจากยาบ้า.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay)	18
ปัจจัยที่เกี่ยวกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า	18
แนวคิดความพึงพอใจในงาน	18
ประเภทความพึงพอใจในงาน	20
ปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน	20
องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน	21
การประเมินความพึงพอใจในงาน	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจ.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
ระยะเวลาดำเนินการ.....	28
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	29
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	32
ผลการวิจัย.....	32
อภิปรายผล.....	38
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	40
สรุปผลการวิจัย.....	40
ข้อเสนอแนะ.....	41
บรรณานุกรม.....	42
ภาคผนวก.....	44
ก แบบสอบถาม.....	45
ข แบบบันทึก.....	46
ค แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ.....	47
ง แบบสอบถามความพึงพอใจ.....	48
จ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS).....	49
ฉ แนวทางการประเมินของทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนการจำหน่าย.....	50
ช รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	54
ซ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย(Consent form)(สำหรับผู้ป่วย)	55
ฌ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย(Consent form)(สำหรับทีมสห	58
วิชาชีพ).....	
ฎ เอกสารรับรอง.....	61
ฏ รายนามนักวิจัยและประวัตินักวิจัย.....	62

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	32
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อการรับรู้ในการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	35

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยยาเสพติด พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ในช่วงปี 2551-2555 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเมทแอมเฟตามีน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในโรงพยาบาลจิตเวช (กรมสุขภาพจิต.2555) และจากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ที่มารับบริการเพิ่มขึ้นในปี 2557 – 2559 จากจำนวน 3 ราย เป็น 103 และ 141 ราย (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, 2559) ซึ่งคิดเป็น 47 เท่าในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาภาวะโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า/สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม ผลกระทบต่อผู้เสพยาจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับขนาด ปริมาณและระยะเวลาของการเสพยาเสพติด โดยผลที่ได้เกิดจากสารกระตุ้นประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง โดยเฉพาะสารโดปามีน (dopamine) (สุทธิศา,2561) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทั้งกระบวนการคิด ความเข้าใจ เกิดอาการสับสน และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้อาการทางจิตที่เกิดการใช้สารเมทแอมเฟตามีน มีทั้งอาการที่เกิดขึ้นทันทีและอาการที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการใช้สารเสพติดระยะยาว อาการทางจิตที่พบได้ทันที ได้แก่ อาการเรื้อรัง สนุกสนาน มีพลัง ตื่นตัวสูง และไม่อยากอาหาร กระสับกระส่าย หลงผิดเป็นช่วงๆ (พันธุณา, สุวัฒน์, ธรณินทร์และคณะ, 2545) ส่วนอาการทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังใช้สารเสพยาติดนานๆ คือ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว สับสน วิตกกังวล หวาดกลัวอย่างรุนแรงเหมือนตัวเองกำลังจะตาย มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ ภาพหลอน หูแว่ว รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามร่างกาย และมีอาการนอนไม่หลับ (พันธุณา, 2551; Ali, Baigent, Marsden, Montiero, Srisurapanont, Sunga, Vial, &Wada, 2006; Sadock, &Sadock, 2002) อีกทั้งอาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว ย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งอาการป่วยทางจิตเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และหลายครั้งนำมาซึ่งผลเสียที่พบบ่อยในสังคม เช่น อาการหวาดระแวง อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชถูกมองเป็นคนน่ากลัว(สุทธิศา,2561) ผู้ป่วยบางรายขาดความสามารถในการดูแลตนเอง มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือทางสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกชพร (2545) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบุคลิกภาพแปรปรวนร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องมีการคัดกรองที่ละเอียด เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางสุขภาพที่มีความชำนาญ

สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าบางครั้งมีการทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแยลง ซึ่งเกิดจากผลกระทบของอาการทางจิต การรักษาระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยและญาติต่างต้องเผชิญกับปัญหาที่มักจะเวียนกลับมาในลักษณะเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังที่เพ็ญศรี และนพรัตน์ (2551) กล่าวว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องทนต่ออาการและพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่และบทบาทซึ่งก่อให้เกิดความเครียดขึ้น และจากการศึกษาของเบคเกอร์ (Baker, 1989) พบว่า ครอบครัวมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ อับอายจากพฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วย และครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ ครอบครัวอาจกังวล กลัว พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย สำหรับด้านเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่าทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล ต้องมีภาระมากขึ้น ทั้งด้านการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัวรู้สึกอับอาย และรู้สึกว่าไม่มีเวลาพอที่จะไปร่วมกิจกรรมในสังคม เนื่องจากต้องคอยเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วย ลดลงได้ (มรรตดา, อ้างตาม เสาวลักษณ์, วันดีและถนอมศรี 2554; Richard et al., 2000) มีการศึกษาพบว่าครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้นจากการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Cristine et al., 1990; Robert et al., 2006) การเกิดอาการทางจิตส่งผลให้มีการบำบัดรักษาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และการบำบัดระยะบำบัดยาในผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้เวลายาวนานกว่าผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่นๆ เนื่องจากโรคทางจิตเวช เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากความผิดปกติของสารเคมีในสมองจึงส่งผลให้เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยมีจำนวน วันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay : LOS) เฉลี่ย 38.60 วัน และสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 30 วัน (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, 2558) ทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ล่าช้า และพบมีการออกจากกระบวนการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาของการรักษา สาเหตุส่วนใหญ่มาจากไม่มีความพร้อมในการรักษา ยังไม่เห็นความสำคัญของการรักษา รวมทั้งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้กลับไปเสพซ้ำได้ง่าย ดังนั้นหากได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ก่อนการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษามากที่สุด และให้ได้ทราบถึงแผนและกระบวนการดูแล มีการวางแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปราศจากยาเสพติด (นฤมล, 2561)

การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) เป็น กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนแก้ปัญหาไปสู่การปฏิบัติตามแผน และประเมินผล โดยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยาบ้าและญาติผู้ดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และเป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างแท้จริงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม (วันเพ็ญ และอุษาวดี, 2546) โดยอาศัยหลักการของการวางแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย 1) เริ่มต้นการวางแผนจำหน่ายโดยเร็วที่สุดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยาเสพติดที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในลักษณะของทีมสหวิชาชีพโดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2) มีการประสานงานเพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องและมีระบบการนัดหมาย (Rorden & Taft, 1990) นอกจากนี้การวางแผนการจำหน่าย ยังเป็นการเตรียมการวางแผนอย่างเป็นระบบของผู้ดูแลโดยมีการประสานงานจากทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวมาช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม(กิ่งกาญจน์ และเพชรน้อย, 2561) ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ(สุதாகาญจน์ และเสาวณี 2017) การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและสภาพแวดล้อมที่บ้าน(รัตนภรณ์ และประณีต 2017)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าจึงควรมีกระบวนการที่จะช่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสม เนื่องจากการเสพยาบ้าเป็นโรคสมองติดยาและมีความผิดปกติของพฤติกรรม (จรรณู, 2546) จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่จะกลับไป

ใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (สินีนาฏ, 2547) โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวตรงกับแนวคิด การวางแผนจำหน่าย (วันเพ็ญ และอุษาวดี, 2546) ประกอบกับรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าที่หอผู้ป่วยในบำบัดยา มีการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ามีผลดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัว ทราบถึงแนวทางและกระบวนการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยมีกระบวนการดูแล มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษา มีทักษะในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ครบขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปราศจากยาเสพติดเป็นรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายที่จัดทำขึ้นจากทีมสหวิชาชีพตามนโยบายของโรงพยาบาลและใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกกลุ่มในโรงพยาบาล ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการจิตจากยาบ้า ซึ่งได้นำมาใช้เป็นระยะเวลา 3 ปี และยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลของการใช้

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้การวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาจนกระทั่งย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือจำหน่ายส่งต่อ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการร่วมวางแผนการจำหน่าย อันจะส่งผลต่ออาการทางจิตที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยลดจำนวนวันนอนรวมทั้งสร้างความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการร่วมวางแผนการจำหน่าย หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

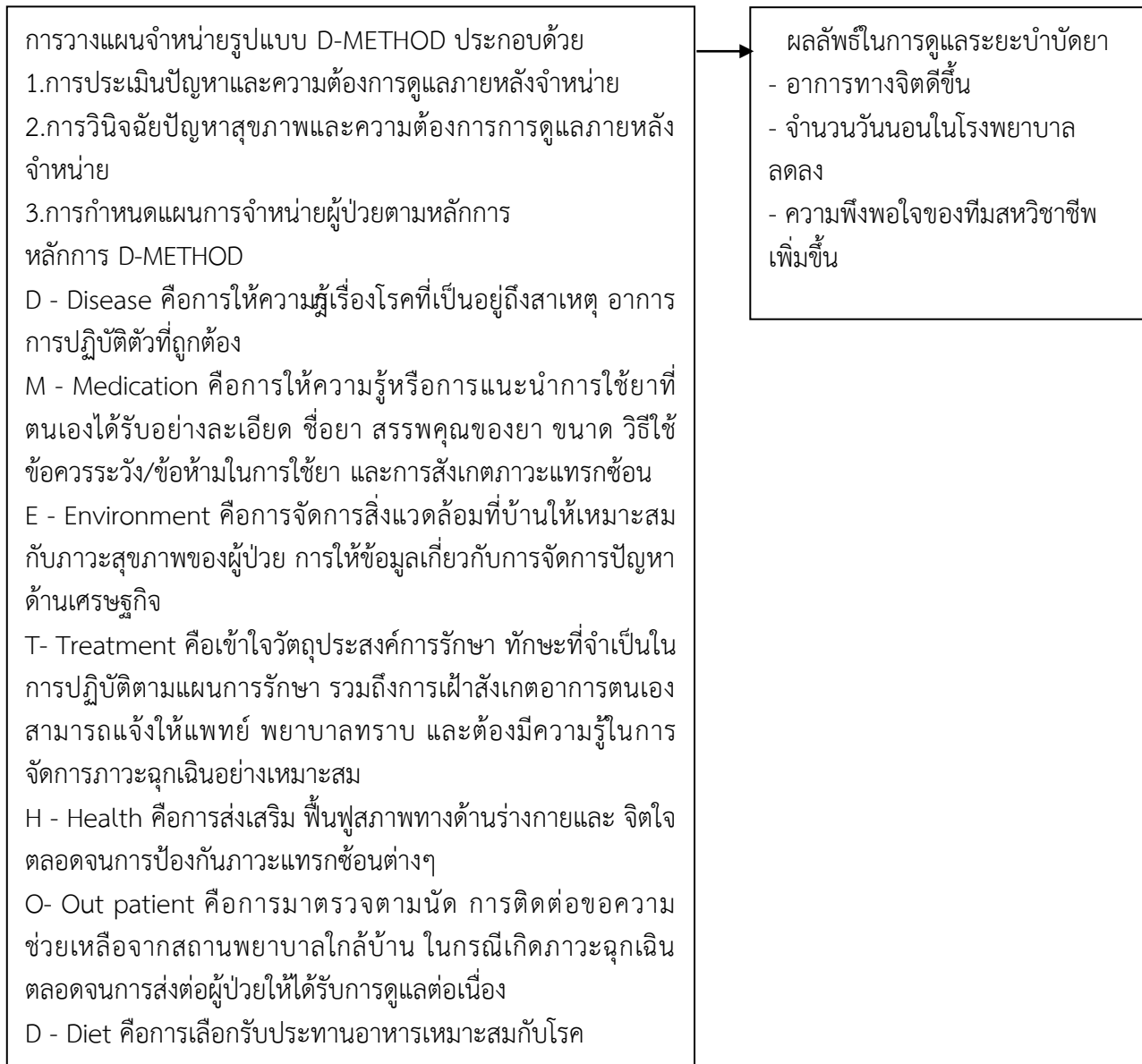
1. การวางแผนการจำหน่ายมีผลต่อจำนวนวันนอนและอาการทางจิตหรือไม่ อย่างไร
2. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่ายเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาลร่วมกับรูปแบบ D-METHOD (กองการพยาบาล, 2539; ลำเนา, 2545; สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และกิจกรรมพยาบาลตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตั้งแต่เจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย แต่สามารถถือเป็นรูปแบบหรือแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยมีสมมุติฐานว่าเป็นรูปแบบที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะบำบัดยาและครอบครัว มีความเข้าใจในกระบวนการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ครบขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลต่ออาการทางจิตดีขึ้น ลดจำนวนวันนอนรวมทั้งสร้างความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการร่วมวางแผนการจำหน่าย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีอาการทางจิตดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
3. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการวางแผนการจำหน่าย

นิยามศัพท์

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ องค์กรรวม จากโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการประสานงานของสหวิชาชีพในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ/ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ปลอดภัย และพึงพอใจ โดยใช้การวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

จำนวนวันนอน (length of stay) หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ตั้งแต่วันแรกจนถึงวันจำหน่ายจากหอผู้ป่วย เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยในและการปรับแผนเป็นผู้ป่วยนอก

อาการทางจิต หมายถึง อาการที่พบหลังจากการใช้สารแอมเฟตามีน เช่น ไม่มีสมาธิ หลงผิดแบบหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ประสาทหลอน มองเห็นภาพหลอน หูแว่ว รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามร่างกาย กระสับกระส่าย มีอาการผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ก้าวร้าว สับสน วิดกกังวล และหวาดกลัวอย่างรุนแรง (panic) เหมือนตัวเองกำลังจะตาย การใช้ในขนาดสูงและติดต่อกันเป็นเวลานานจนเสพติด โดยอาการดังกล่าวจะหายไปในระยะสั้น ประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS

ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกหรือเจตคติที่ดี รวมทั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ต่องาน หากสิ่งที่ได้รับเป็นไปตามความต้องการหรือบรรลุจุดมุ่งหมาย จะมีการแสดงออกทางบวกเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ แต่หากสิ่งนั้นทำให้รู้สึกผิดหวังจะมีการแสดงออกทางลบเป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ ประเมินด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของสุมิตรา (2551) โดยจะประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังวางแผนการจำหน่าย ความอิสระในการทำงาน และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการใช้การวางแผนการจำหน่าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านวิชาการ

- เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า โดยมีทีมสหวิชาชีพ โดยมีรูปแบบเฉพาะคือรูปแบบ D-METHOD

- เป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าและครอบครัวทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในการดูแลตนเองก่อนย้ายหรือจำหน่าย

2. ด้านนโยบาย

- เป็นแนวทางที่ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าให้มีคุณภาพต่อไป

3. หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- สามารถนำไปขยายผลเครือข่ายสถานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า

บทที่ 2

เอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคจิตจากยาบ้า
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตจากยาบ้า
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตจากยาบ้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตจากยาบ้า
 - 1.4 การรักษาโรคจิตจากยาบ้า
 - 1.5 แบบประเมินอาการทางจิต
2. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.2 แนวคิดในการวางแผนการจำหน่าย
 - 2.3 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.4 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
 - 2.5 ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.6 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตจากยาบ้า
- 3 แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay)
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า
4. แนวคิดความพึงพอใจในงาน
 - 4.1 ความหมายความพึงพอใจ
 - 4.2 ประเภทความพึงพอใจในงาน
 - 4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน
 - 4.4 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน
 - 4.5 การประเมินความพึงพอใจในงาน
 - 4.6 เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคจิตจากยาบ้า

1.1 ความหมายของโรคจิตจากยาบ้า

โรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาบ้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากการเสพยาบ้า และมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตขึ้น เช่น มีบุคลิกภาพผิดปกติหรือมีพฤติกรรมที่จะเป็นโรคจิตเภทในครอบครัวอยู่แล้ว (วสุ, 2543) โดยมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น (Wakamatsu ,1994) ในช่วงแรกจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนทางการมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งอาการหูแว่วจะเกิดมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงวิจารณ์ในสิ่งไม่ดี เสียงเยาะเย้ย เสียงสั่งสอน และกล่าวหาผู้ป่วย อาการประสาทหลอนที่พบมักจะเป็นไปตามความคิดของผู้ป่วยว่ามีคนคอยจ้องมอง มีการ

ดักฟังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายและหลงผิด (Szalasy LB,1996) ในบางรายจะพบมีอาการหลงผิดโดยจะคอยสอบถามสิ่งที่ตนกังวล นอกจากนี้ยังพบอาการย้ำคิดย้ำทำ กระวนกระวาย มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น และอาจมีอาการประสาทหลอนทางผัสสัมผัสว่ามีแมลงไต่ตามตัว

สรุปได้ว่า โรคจิตจากยาบ้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากการเสพยาบ้า และมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตขึ้น โดยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนและอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น นับว่าเป็นผลกระทบจากการใช้ยาบ้าที่รุนแรงที่เกิดต่อบุคคล

1.2 การวินิจฉัยโรคจิตจากยาบ้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(American Psychiatric Association) ได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคการใช้สารเสพติดใหม่เป็น DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition : DSM – 5 by American Psychiatric Association อ้างตาม อติศักดิ์, 2557) โดยมีรายละเอียดของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต ซึ่งถูกอ้างอิงอย่างกว้างขวางโดยแพทย์ นักวิจัย ผู้ผลิตและผู้ตรวจสอบคุณภาพยาในทางจิตเวช และบริษัทประกันภัยทั้งในสหรัฐอเมริกาและที่อื่นๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย

ประเทศไทยได้นำบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD - 10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) มาใช้ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตาย เพื่อจัดจำแนกโรคกลุ่มต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจากผู้ชำนาญการพิเศษและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาในประเทศไทย และต่างประเทศในการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย เพื่อความสะดวกในการใช้สำหรับบุคลากรทุกระดับ ซึ่งในที่นี้ได้คัดลอกรายละเอียดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (Mental and behavioural disorders = F00 - F99) โดยกลุ่มรหัส F10 - F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สำหรับงานวิจัยนี้ จะใช้รหัส F15.5 หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิตซึ่งเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพยาบ้ากระตุ้นระบบประสาทอื่น รวมทั้งคาเฟอีน

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตจากยาบ้า

การออกฤทธิ์และผลเป็นพิษของแอมเฟตามีนและสารที่คล้ายแอมเฟตามีน มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการติดสารและความผิดปกติอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารแอมเฟตามีน ผลของแอมเฟตามีนจะก่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว มีความสุข และรู้สึกสุขภาพดี ภาวะเพ้อหรือถ้าจากการทำงานมักจะดีขึ้น รวมทั้งอาจจะลดความต้องการนอนและความหิว กระตุ้นความสามารถในการเข้าสังคม ความเชื่อมั่นในตนเองและความข่าวดู บางคนเชื่อว่าจะเพิ่มความต้องการและกระตุ้น การแสดงออกทางเพศ ภาวะเป็นพิษของแอมเฟตามีนจะก่อให้เกิดอาการหวาดระแวง สงสัย จนกระทั่งเกิดอาการทางจิต และมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (พันธุณา,สุวัฒน์,ธรณินทร์,กิตติพงษ์,นรชาติ และไพฑูริย์,2545)

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ที่มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีน เกิดได้ทั้งในกรณีที่เกิดจาก การเป็นพิษจากแอมเฟตามีนและจากการถอนพิษของแอมเฟตามีน (พันธุณาและคณะ, 2545) สำหรับอาการเป็นพิษของสารแอมเฟตามีนมีดังนี้

1. อาการทางกาย เมื่อแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจะทำให้ร่างกายตื่นตัว กระฉับกระเฉง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด หากใช้ไปนานๆ ร่างกาย ทрудโทรม น้ำหนักลดจากไม่ค่อยอยากอาหาร เนื่องจากแอมเฟตามีนมีผลต่อศูนย์ควบคุมความอยากอาหารในสมอง ในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก (over dose) จะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ชีวิตได้

2. อาการทางจิต อาการทางจิตที่พบ มักมีอาการเหมือนโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) อาการเด่นที่พบหลังจากการใช้สารแอมเฟตามีน คือ ไม่มีสมาธิ หลงผิดแบบหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ประสาทหลอน เช่น มองเห็นภาพหลอน หูแว่ว รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามร่างกาย กระสับกระส่าย มีอาการผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ก้าวร้าว สับสน วิดกกังวล และหวาดกลัวอย่างรุนแรง (panic) เหมือนตัวเองกำลังจะตาย การใช้ในขนาดสูงและติดต่อกันเป็นเวลานานจนเสพติด โดยอาการดังกล่าวจะหายไปในระยะสั้น

ในระยะแรกผู้เสพมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปพร้อมกับความรู้สึกสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว และพยายามแสวงหาคำตอบที่สงสัยค้นหาคำตอบจากสิ่งแวดล้อม บางครั้งมีความรู้สึกเหมือนถูกจับตามอง (being watched) ในบางรายมี ย้ำคิดย้ำทำ อาจมีพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotypy) เช่น ปิดเปิดวิทยุหรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ ทั่วๆที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำนั้นไม่มีความหมายหรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้น พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มจากเป็นพักๆ จนเป็นเกือบตลอดเวลา จนถึงมีอาการหูแว่ว เช่น ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงวิจารณ์ในสิ่งไม่ดีหรือเสียงเยาะเย้ย เสียงสั่งสอนและกล่าวหาผู้ป่วย เห็นภาพหลอน และอาจมีประสาทหลอนทางการสัมผัส อาการประสาทหลอนจะเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ป่วย รู้สึกว่ามีคนจ้องมอง มีการดักฟัง หรือชักจูงผู้ป่วย มีอาการหลงผิดชัดเจน หวาดระแวงอย่างมาก (พันธุธนา, กิตติพงศ์, สุวัฒน์, วสุ, และสุนทร, 2545) มีพฤติกรรมก้าวร้าว ถูกเร้าหรือถูกกระตุ้นจากภายนอกได้ง่าย มีอาการตื่นตัวอยู่เสมอ สับสน นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวาย เกิดอาการกลัว เพื่อคลั่ง อาจมีอาการหึงหวง (ธรรณิทร์และคณะ, 2545) มีความเสื่อมสมรรถภาพทั้งในด้านการดูแลตนเอง การตัดสินใจผิดพลาด มีปัญหาซับซ้อนทางด้านจิตสังคมและการเผชิญปัญหา มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยน เริ่มแยกตัว มีพฤติกรรมแปลกๆ อาการจะเป็นๆ หายๆ ถ้ายังคงเสพยาต่อไปเรื่อยๆ อาการโรคจิตจะเด่นชัดขึ้นจนอาจเกิดอันตรายขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2546; พิชัย, พงศธร, และนวพร, 2549; มาโนชและปราโมทย์, 2548)

ในส่วนของอาการทางจิตที่เกิดจากการถอนพิษแอมเฟตามีน หากอาการมากอาจมีอาการ ชึมเศร้า รุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนและอาจมีความคิดทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายได้ (พิชัย, พงศธร, และนวพร, 2549) มาโนช และปราโมทย์ (2548) ได้กล่าวว่าอาการทางจิตที่เกิดจากการถอนพิษ แอมเฟตามีน มักพบในรายที่ใช้ขนาดสูงและใช้เป็นประจำ สารในกลุ่มแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการทางจิตคล้ายกับผู้ป่วยจิตเภทได้ มักพบเมื่อเสพปริมาณมากและเป็นเวลานาน นอกจากนี้พันธุธนาและคณะ (2545) กล่าวว่า ถ้าใช้สารในกลุ่มแอมเฟตามีนติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้อาการทางจิตจากสารแอมเฟตามีนมักจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์หลังหยุดเสพ แต่ผู้ป่วยบางรายคงมีอาการได้นานหลายเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดเสพแล้ว และยังพบว่ามีอาการทางจิตกลับซ้ำได้อีกเมื่อกลับไปเสพใหม่ แม้ในปริมาณที่น้อยกว่าเดิม หรือจากการเสพสารกระตุ้นประสาทประเภทอื่น หรือเมื่อเผชิญกับความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์และคณะ (2542) เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอนปรุง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง สงสัย เนื้อหาความคิดผิดปกติ มีภาวะวิตกกังวล ความคิดกระจัดกระจาย มีอาการทางกายสาเหตุจากจิตใจ อารมณ์เฉยเมย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจงรักษ์ (2541) ที่พบว่า อาการที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และอาการทางประสาทที่พบบ่อย ได้แก่ พุดเพื่อเจ้า สับสน กระสับกระส่าย เดินไปมา ชักเกร็ง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของพันธุศาสตร์และคณะ (2543); มานิตและคณะ (2544); วสุ (2543) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทำนองเดียวกันที่ว่า อาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ อาการหวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งคล้ายกับอาการที่พบในผู้ที่เป็โรจิตเภท

สรุปอาการทางจิตจากยาบ้าสามารถพบได้ 2 ลักษณะ คือ 1) อาการทางจิตที่เกิดจากการ เป็นพิษจากยาบ้า เช่น อาการกระสับกระส่าย พุดมาก อารมณ์ครึกครื้น คึกคัก ครื้นเครง ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย ซึ่งมีอาการเหมือนโรจิตเภทชนิดหวาดระแวง และ 2) อาการทางจิตที่เกิดจากการถอนพิษยาของยาบ้า เช่น อาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า อ่อนเพลีย เชื่องซึม อาจมีอาการซึมเศร้ารุนแรง และอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

1.4 การรักษาโรจิตจากยาบ้า

การรักษาผู้ป่วยโรจิตจากยาบ้า มีแนวทางการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาผู้ป่วยโรจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดร่วม แต่ต้องมีการเพิ่มเป้าหมายสำหรับการบำบัดการใช้สารเสพติดเข้าไปด้วย ดังนั้นในการรักษา หากผู้ป่วยมีปัญหาอาการทางจิตที่รุนแรง มีภาวะที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ต้องมีการบำบัดรักษาอาการทางจิตก่อน เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น จึงนำผู้ป่วยเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการเลิกสารเสพติดต่อไป (วศิน และ พิชัย, 2549) ซึ่งการรักษาทำได้ 3 ลักษณะ (ประทักษ์ ม.ป.ป.; พันธุ์ธนา, 2551) คือ

1. การรักษาด้วยยาต้านโรจิต (antipsychotic drugs) เป็นการรักษาส่วนใหญ่ของการรักษาโรจิตเวชในปัจจุบัน เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา และถือว่าเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรจิตจากสารเสพติดที่ดีที่สุด โดยจะมีการนำยามาใช้ในการรักษาทุกระยะของโรค รักษาอาการทางจิตให้หาย ยาที่ใช้ ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) เรสเพอริโดน (risperidone) คลอซาปีน (clozapine)

2. การรักษาด้านจิตสังคม ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ การป้องกันมิให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งจำเป็นต้องทำควบคู่กับการบำบัดรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมเข้าสู่ระยะของการมีเสถียรภาพ (stabilization) (พันธุ์ธนา, 2551) ในแง่ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งควรมีการจัดกิจกรรมบำบัดที่หลากหลาย เช่น โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งเป็นการบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก หรือการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งเป็นการบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยใน จิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายกลุ่ม พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อม ลักษณะของการบำบัดทำเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

3. การฟื้นฟูจิตใจและฝึกอาชีพ ซึ่งสามารถนำการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่มาใช้ในการฟื้นฟูจิตใจได้ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบมาจากชุมชนบำบัด มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัด การช่วยเหลือตนเอง และชุมชนบำบัด ทั้งนี้ทางครอบครัวและผู้รักษาต้องประคับประคองให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีแก้ปัญหา และการฝึกอาชีพ ต้องมีการวางแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมของครอบครัว และชุมชนก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ เต็มใจที่จะช่วยเหลือ อีกทั้งยังเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีในชุมชน ช่วยให้เกิดการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.5 แบบประเมินอาการทางจิต

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวก และอาการทางลบ) ใช้คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา การวิจัย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ธนา (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับ

สุขภาพร่างกาย (Somatic concern) ความรู้สึกกังวล หรือกังวลสิ่งใดในอนาคต (Anxiety) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง (Depress mood) รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต (Guilt feeling) หงุดหงิด อารมณ์เสีย (Hostility) ทำทางหยิ่ง ยโส ยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น (Grandiosity) รู้สึกกระแวงคิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน (Suspiciousness) อาการหูแว่ว (Hallucination) ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด (Unusual thought content) สับสนต่อเวลา สถานที่บุคคล (Disorientation) ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง (Conceptual disorganization) สีหน้าไม่ค่อยแสดงอารมณ์ความรู้สึก (Blunted effect) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับบุคคลอื่น (Emotional withdrawal) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย (Tension) ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น (Uncooperativeness) ลูกลี้ลุกกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว (Excitement) การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า (Motor retardation) และพฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ (Manner and posturing) ระดับคะแนนมีตั้งแต่ 1 -7 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	อาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	อาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	อาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	อาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน การแปลผล มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18 -36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ดวงมณี (2556) ; เรวดี (2558) ได้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ว่าเป็นการวางแผนและจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ องค์กรวม มีการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพในการสนับสนุน การเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ/ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ปลอดภัย และพึงพอใจ

สุริย์ (2554) ได้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ว่าเป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลจากหน่วยบริการ สุขภาพไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่นหรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายไม่ใช้การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการได้เร็ว แต่หมายถึงการมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่มีผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดี การทำงานเป็นทีมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนบริบทของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย

สรุปได้ว่า การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ องค์กรวม โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย และญาติ /ชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างปลอดภัย

2.2 แนวคิดในการวางแผนการจำหน่าย

ไบนิงเจอร์ (Bininger et al., 1989) การวางแผนการจำหน่ายต้องมีความชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้

1. จุดประสงค์ให้การดูแลต่อเนื่องหลายๆด้านตามความต้องการของผู้ป่วย โดย
 - 1) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ (เวลา, สภาพเศรษฐกิจ) และต่อเนื่อง
 - 2) การดูแลรักษาต้องไม่ขาดตอน ตั้งแต่การเข้ารับการรักษาครั้งแรก จนถึงการรักษาต่อไปในหน่วยงานอื่น หรือสถานบริการอื่นที่ผู้ป่วยอาจต้องรับการรักษาต่อ
 - 3) มีการประสานงานให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ (ควรมีทีมสหสาขาวิชาการ)
 - 4) การวางแผนจำหน่ายต้องมีผู้ป่วย เพื่อน หรือครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย
2. เป้าหมายของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1) ประสานงานการดูแลตั้งแต่การดูแลในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพโดยการเตรียมการส่งผู้ป่วยให้ครอบครัวจากหน่วยงานหนึ่งสู่หน่วยงานหนึ่ง โรงพยาบาลกลับบ้าน บ้านสู่ระบบบริการสุขภาพ และจากสถานบริการสุขภาพในชุมชนสู่สถานบริการอื่นๆ
 - 2) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่อง
 - 3) บันทึกข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อถึงหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ
 - 4) ต้องมีการวางแผนสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางและปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

ไซเนดแมน แลมเบิร์ต และวอนเดอร์ (Schneidman, Lambert &Wander อ้างถึงในสุมิตรา, 2551) เสนอแนะการวางแผนการจำหน่ายว่าควรประกอบด้วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย สอน แนะนำ หรือหาวิธีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้โดยใช้แนวความคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้นำแบบแผน D-METHOD มาใช้ในขั้นตอนการกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แบบแผนนี้จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่สามารถทำขึ้นเป็นแผนการจำหน่ายหรือแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาค้ำเคียงกันอีกทั้งเป็นการดูแลแบบองค์รวม

กระบวนการการวางแผนจำหน่ายจะรวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว (เรวดี, 2558) เป็นเหมือนกรอบในการดำเนินการ ทั้งการกำหนดเป้าหมาย การระบุดัชนีบ่งชี้ และกิจกรรมที่จะดำเนินการ จากแนวคิดที่มองว่าการวางแผนจำหน่าย คือกระบวนการ และระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่มีเป้าหมาย ผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นการดำเนินการที่สำคัญคือ การกำหนดระบบ การวางแผนจำหน่ายที่รวมถึงผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลา องค์กร ระบบสนับสนุน ระบบเครือข่าย กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่เอื้ออำนวยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และชุมชน

มีความพร้อมในการเปลี่ยน ผ่านการดูแล สามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่เหมาะสม เป็นการจำหน่ายที่ผู้ป่วย มีระยะเวลาในการกลับรักษาซ้ำลดลง ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของตน (สุรีย, 2554)

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน รวมถึงสถานบริการสุขภาพ ในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับไปอยู่ที่บ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อตั้งเป้าหมาย และดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการปรึกษาระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยกันหาแนวทาง ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมุ่งให้มีการดูแล รักษาต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีที่สุด และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ 1) ลดระยะเวลาในการพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และ 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างในโรงพยาบาลกับสถานที่รับจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (เพ็ญจันทร์, 2560)

แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพภายหลังจำหน่าย เป็นการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงแนวทางการสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวม ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ และทักษะต่างๆ เพื่อกำหนดความต้องการความช่วยเหลือและวินิจฉัยปัญหาทั้งในปัจจุบันและก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาลรวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรในด้านการวางแผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการเจ็บป่วยและความต้องการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพข้อมูลเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการบุคลากรในทีมสุขภาพ วินิจฉัยในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้าแล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาร่วมกันวิเคราะห์และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติกับผู้ให้การดูแลอื่นๆ การสอนและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติโดยการสอนผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และทีมสุขภาพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายโดยมีหน้าที่วางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสาธิต การสอน การให้คำปรึกษา รวมถึงเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรพยาบาลต่างๆมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย

5. การติดตามประเมินผล เมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้วผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลต้องทราบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น จะต้องเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวทีมสุขภาพสามารถติดตามได้โดยวิธีต่างๆขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

แนวทางการสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (กองการพยาบาล, 2539; ลำเนาวิ, 2545 อ้างถึงในสุมิตรา, 2551) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินแบบองค์รวม ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมต่อเนื่องในขณะที่ให้การดูแลรักษาในแต่ละวัน ประเด็นสำคัญที่ต้องประเมิน คือ สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความต้องการ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เป็นขั้นตอนที่ต้องวิเคราะห์ แปรและสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการวินิจฉัยปัญหาเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมักเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะของทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาข้อมูลเพื่อบ่งชี้ว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหา ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีควรเป็นการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคนและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม เช่น แผนการจำหน่ายที่ถูกพัฒนาขึ้นในลักษณะของกิจกรรมตามรูปแบบ D-METHOD ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความครอบคลุมเรื่องการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และเป็นวิธีการที่ช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบแมทรอด (M-E-T-H-O-D) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและเพิ่มเติมการให้ความรู้เรื่องโรค (disease: D) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้นซึ่งกิจกรรมพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD มีรายละเอียดดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539; ลำเนาวิ, 2545)

D ย่อมาจาก Disease ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค อาการสำคัญ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วย และสามารถบอกอาการนั้นให้ทีมผู้รักษาทราบ

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

E ย่อมาจาก Environment ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องทราบและเข้าใจเป้าหมายของการรักษา กระบวนการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆที่ขณะอยู่รักษาและเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่าย

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรม การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียน และผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริม การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

O ย่อมาจาก Outpatient Referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปยังบุคลากรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อเนื่อง

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหาร หรือ สารน้ำได้ถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทาน หรือรับประทาน/ดื่มในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งวิธีการจัดหา/เตรียมอาหารเฉพาะโรค

4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ในขั้นตอนนี้ทีมสหวิชาชีพจะปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงไว้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเนื่องจากเป็นทีมที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือ กระทำให้หรือกระทำแทน การกระตุ้น การสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย/ ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การสอน การให้คำปรึกษา การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น และการส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ

5. การประเมินผล เป็นการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถามพูดคุยเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจต้องย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1-4 ใหม่

สรุปได้ว่า กรอบแนวคิด D-METHOD เป็นการนำของการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล(2539)และลำเนา(2545)มาใช้ สำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อม มีความสามารถในการปฏิบัติตัวสูงกว่าการไม่ได้เตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลช่วยให้อาการดีขึ้น อีกทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับรูปแบบ D-METHOD มีความเหมาะสมต่อการนำมาปฏิบัติ เนื่องจากรูปแบบ D-METHOD ให้ความหมายจำง่ายสื่อถึงเรื่องสำคัญๆที่ผู้ป่วยควรมีความรู้และนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมและสะดวกต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

2.4 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความหลากหลาย ซึ่งแต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์และข้อดีที่แตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

แมคคีแฮนและคูลตัน (Mckeehan and Coultion, 1985 อ้างถึงในวันเพ็ญ และคณะ, 2545) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1)โครงสร้าง 2)กระบวนการ และ 3)ผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงสร้าง แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ

1.1 รูปแบบเป็นทางการหมายถึงการวางแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายทุกขั้นตอนกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

1.2 รูปแบบไม่เป็นทางการหมายถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่การกระทำในขั้นตอนต่างๆ ดำเนินไปโดยปราศจากหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

2. กระบวนการสามารถแบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลหลังจำหน่าย การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย การกำหนดแผนการจำหน่าย การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และการประเมินผลการวางแผนการจำหน่าย

3. ผลลัพธ์การประเมินผลลัพธ์สามารถประเมินได้จาก 2 แหล่ง คือ ผู้ป่วยหรือครอบครัว และ ทีมสุขภาพ ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากจำนวนวันนอนที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลงจำนวนครั้งของการกลับเข้ารักษาซ้ำ ความต้องการบริการต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายลดลงผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการต่างๆที่ได้รับ รวมถึงค่าใช้จ่ายลดลง สำหรับการประเมินจากทีมสุขภาพนั้น เป็นประเมินผลลัพธ์จากความสำเร็จของการนำแผนการจำหน่ายไปใช้ในการปฏิบัติจริงลดลงของจำนวนวันนอน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำ บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงานการทำงานเป็นทีม รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

รอร์ดัน และทาฟ (Rorden & Taft, 1990) ได้พัฒนาขึ้นโดยออกแบบเตรียมและ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนพื้นฐาน 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูล (assessment) จะเกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกของการดูแลผู้ป่วย เป็นการคัดกรอง การเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ใช้สำหรับประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

2. การสร้างแผนการจำหน่าย (building a plan) ที่เป็นผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้

3. การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) จะใช้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะการดูแลต่อเนื่องและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ซึ่งในขั้นตอนที่สาม มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของ แมคคีแชนและคูลตัน (McKeehan & Coulton, 1985 cited in Jackson, 1994)

รูปแบบการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 รูปแบบที่มีหลักการเดียวกันกับกระบวนการพยาบาล เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งมีความครอบคลุม ในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการตามแนวทางที่กำหนด และมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ญาติ และเชิงระบบ

2.5 ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย

การจำหน่ายผู้ป่วยมีหลายประเภท แต่ทุกประเภทย่อมต้องการการวางแผนที่รอบคอบ และประสานความร่วมมือที่นำไปสู่การพิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลที่ต่อเนื่องและสนับสนุนที่ไม่หยุดยั้ง ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย (นภัสสรณ์และคณะ, 2554) มีดังต่อไปนี้

- บำบัดครบตามโปรแกรม (Successful Completion of Treatment) ผู้ป่วยที่บำบัดครบตามโปรแกรม คือ สามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในแผนการรักษา

- ส่งไปรักษาในระดับที่สูงขึ้น (Transfer to another level of care) ในหลายกรณี ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องย้ายไปสู่ระดับการรักษาที่เข้มข้นกว่า หรือเฉพาะทางกว่า เพื่อให้เหมาะสมกับภาวะความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่อาจเริ่มแสดงอาการทางจิตเวชหลังเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยในระยะยาว (residential program) อาจต้องการโปรแกรมการวินิจฉัยแบบ dual diagnosis หรือย้ายผู้ป่วยไปยังโปรแกรมเข้มข้นแบบผู้ป่วยนอกและบ้านพักฟื้นต่อไป

- ฝ่าฝืนข้อแนะนำของหน่วยงาน/การรักษา (Against Facility Advice/ Against Medical Advice) ผู้ป่วยเลือกที่จะหยุดการรักษาโดยสมัครใจ แม้ได้มีความพยายามของเจ้าหน้าที่ในโปรแกรมการรักษาช่วยเหลือแล้วก็ตาม

- จำหน่ายด้วยเหตุผลด้านการดำเนินการ (Administrative Discharge) การที่หน่วยงานเลือกที่จะหยุดให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มบำบัดต่าง ๆ มีความขัดแย้งกับเจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย ช่มชู้เจ้าหน้าที่/ ผู้ป่วย และอื่น ๆ

- ออกจากการรักษาด้วยเหตุผลทางการแพทย์ (Medical Leave) ในบางกรณีผู้ป่วยต้องถูกย้ายไปรักษาที่หน่วยงานทางการแพทย์ เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยงานปัจจุบันไม่สามารถดูแลได้ เช่น เกิดการบาดเจ็บ คลอดบุตร ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก HIV/AIDS เจ็บป่วยรุนแรง เช่น ไวรัสตับอักเสบหรือวัณโรค ซึ่งต้องแจ้งการส่งต่อและเหตุผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

- ออกจากการรักษาด้วยเหตุผลทางการแพทย์ (Therapeutic Leave/ Therapeutic Pass) ได้แก่ ผู้ป่วยที่กำลังผ่านจากโปรแกรมผู้ป่วยในแบบระยะยาวเพื่อกลับไปสู่ครอบครัวหรือชุมชน รวมถึงกรณีผู้ป่วยหญิงที่ต้องกลับไปอยู่กับลูก ที่ต้องออกจากโปรแกรมผู้ป่วยในแบบระยะยาวสำหรับผู้หญิงไปสู่การบำบัดรักษาที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยและลูกด้วย หรืออาจเป็นกรณีที่ผู้ป่วยวัยรุ่นกลับบ้านหลังจากรักษาได้ระยะหนึ่ง และในแผนมีการให้เยี่ยมครอบครัวในวันหยุดสุดสัปดาห์

ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วยเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชปัตตานี ส่วนใหญ่จะจำหน่ายเมื่อครบเกณฑ์การประเมิน มีเพียงส่วนน้อยที่จำหน่ายไม่สมัครใจรักษา หรือการส่งต่อเพื่อรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือจำหน่ายหลบหนี

2.6 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตจากยาบ้า

แมรี่ บ็อบ และคาร์ลัส (Mary, Bob & Carlus, 2008) ได้จัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการวางแผนจำหน่ายผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ติดยาเสพติด โดยกล่าวถึง ความสำคัญของการวางแผนการจำหน่ายว่าควรเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และทำต่อเนื่องให้เป็นปัจจุบันเสมอในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในสถานพยาบาล ประโยชน์ของการวางแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยสุขภาพจิต หรือปัญหาที่เกิดขึ้นอื่น ๆ ได้แก่การส่งต่อผู้ป่วยไปสู่แหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมลำดับถัดไป โดยอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยและลดแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพซ้ำหรือกลับเข้าสู่การรักษาอีกครั้ง แม้จะได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนแล้วก็ตามรวมทั้งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่สังคม

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตจากยาบ้ามีความสำคัญ เพราะเป็นการคงไว้ซึ่งผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากช่วงของการรักษา จากหน่วยดูแลแบบผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วยในระยะยาว หรือแบบผู้ป่วยนอก ในทางกลับกัน หากไม่มีการวางแผนการจำหน่าย จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหยุดชะงักได้ ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay)

3.1 ความหมาย

ชาสลิน (Chassin, 1983) ได้ให้ความหมาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล คือ จำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้าในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ให้ความหมาย จำนวนวันนอนในสถานบริการของผู้ป่วยในแต่ละคนที่จำหน่าย ในแต่ละเดือนที่รายงานรวมกัน

คุก (Cook, 1998) กล่าวว่า จำนวนวันนอน เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

สุวรรณณี (2538) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนผู้ป่วยรอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

จุฬามณี (2542) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

จิราพร (2545) กล่าวว่า จำนวนวันนอนหมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ญาดาวิ (2550) กล่าวว่า จำนวนวันนอนหรือ length of Stay หมายถึง ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลต่อ 1 ครั้ง ซึ่งคำนวณได้จากผลลัพธ์ระหว่างวันที่เข้ารับการรักษาและวันที่สิ้นสุดการรักษา แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและสิ้นสุดการรักษเป็นวันเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีที่นิยมใช้อีกคำหนึ่งได้แก่ average length of Stay หรือ ALOS ซึ่งคำนวณได้จากสัดส่วนระหว่างระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาด้วย DRG กลุ่มเดียวกัน

สรุปได้ว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) หมายถึงจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล และเมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า

จากการศึกษาของญาดาวิ (2550) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนวันนอน ได้แก่ ปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านกลุ่มยา และปัจจัยการปรับเปลี่ยนยา เป็นต้น

บุญชัย (2546) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ได้แก่ เพศ สถานภาพ ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ ผู้ดูแล บทบาททางเศรษฐกิจ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จำนวนครั้งของการรักษา การเปลี่ยนแปลงการรักษา เป็นต้น

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้ามีหลายปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญต่อจำนวนวันนอน

4. แนวคิดความพึงพอใจในงาน

4.1 ความหมายความพึงพอใจ

เกรียงไกร (2541 : 10) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกหรือเจตคติที่ดีของบุคคลที่มีต่องานที่กำลังปฏิบัติอันเนื่องมาจากปัจจัยหรือองค์ประกอบต่างๆในการทำงาน เช่น ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน และผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ ถ้าองค์ประกอบเหล่านี้สามารถตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลได้ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจ

กิตติพงษ์ (2541) กล่าวว่า “ความพึงพอใจ” คือเป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่งเป็นได้ทั้ง ทางบวกและทางลบ ถ้าเมื่อใดที่สิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการหรือทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นความรู้สึกพึงพอใจและก็จะสร้างความสุขให้แก่บุคคลนั้นๆได้ แต่ในทางตรงข้าม ถ้าสิ่งใดสร้างความรู้สึกผิดหวังไม่บรรลุจุดมุ่งหมาย ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่เป็นการสร้างความสุขแก่บุคคลนั้น

กาญจนา (2546) กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรมไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออก ที่ค่อนข้างสลับซับซ้อนและต้องมีสิ่งเร้าที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการมีสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

กชกร และคณะ (2550) ได้กล่าวถึง ความหมายของความพึงพอใจว่า สิ่งที่เราควรจะเป็นไปตามความต้องการ ความพึงพอใจ เป็นผลของการแสดงออกของทัศนคติของบุคคลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีประสบการณ์ที่มนุษย์เราได้รับอาจจะมากหรือน้อยก็ได้ และเป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบแต่ก็เมื่อได้สิ่งนั้น สามารถตอบสนองความต้องการหรือทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกบวกเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสิ่งนั้นสร้างความรู้สึกผิดหวัง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ

คณิต (2537) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า หมายถึง ความรู้สึกชอบ หรือพอใจของบุคคลที่มีต่อการทำงานและองค์ประกอบหรือสิ่งจูงใจอื่นๆ ถ้างานที่ทำหรือ องค์ประกอบเหล่านั้นตอบสนองความต้องการของบุคคลได้บุคคลนั้นจะเกิดความพึงพอใจในงาน ขึ้นจะอุทิศเวลา แรงกาย แรงใจ รวมทั้งสติปัญญาให้แก่งานของตนให้บรรลุวัตถุประสงค์

ความพึงพอใจจากการสรุปของวิรุฬ (2542) หมายถึง ความรู้สึก ภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่งยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่ามีมากหรือน้อย

ปรียาพร (2541) ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลตอบแทนผลที่เป็นความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก กระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจสิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน รวมทั้งการส่งผลต่อความสำเร็จและความเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร

บุญช่วย (2547) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ว่าความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติงานซึ่งเกิดได้จากการได้รับการ ตอบสนองความต้องการในปัจจุบันต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเต็มใจและเต็มความสามารถ ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพ จนบรรลุเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

นงนุช (2547) ได้สรุป ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญของนักการตลาดทำให้งานสำเร็จ ทำให้ตั้งใจทำงาน ชยัน มีความรับผิดชอบ เสียสละ มีความร่วมมือและสมานสามัคคีต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสภาพแวดล้อมความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เกิดจากความ ต้องการของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จของงาน การยอมรับของผู้อื่น การปฏิบัติของผู้นำต่อ ผู้ใต้บังคับบัญชา การมอบหมายงาน เงินเดือน ผลตอบแทน การสร้างบรรยากาศในการทำงาน ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมงาน

อานนท์ (2554) กล่าวว่า ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต เป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกหรือทัศนคติในทางบวก และความรู้สึกหรือทัศนคติในทางลบ ซึ่งความรู้สึกหรือทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และความรู้สึกหรือทัศนคติด้านลบแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจนั่นเอง

สุวิมล (2555) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลซึ่งแสดงออกในด้านบวกหรือลบที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับหรือบรรลุจุดหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่งและความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจคือ สิ่งที่เป็นไปตามความต้องการ ความพึงพอใจจึงเป็นผลของการแสดงออกของทัศนคติของบุคคลอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีประสบการณ์ที่มนุษย์เราได้รับ อาจจะมีมากหรือน้อยก็ได้ และเป็นความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ แต่ถ้าเมื่อใดสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการหรือทำให้บรรลุจุดหมายได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสิ่งนั้นสร้างความรู้สึกผิดหวังไม่บรรลุจุดหมาย ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางลบเป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ

จากความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกหรือเจตคติที่ดี รวมทั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ต่องาน หากสิ่งที่ได้รับเป็นไปตามความต้องการหรือบรรลุจุดหมาย จะมีการแสดงออกทางบวกเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ แต่หากสิ่งนั้นทำให้รู้สึกผิดหวัง จะมีการแสดงออกทางลบ เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ

4.2 ประเภทความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจในการทำงาน เช่น รู้สึกต่อลักษณะงาน ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน มัมฟอร์ด (Mumford อ้างถึงใน ธร ,2553) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการทำงานจากผลงานวิจัยต่าง ๆ และจำแนกความพึงพอใจออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มความต้องการด้านจิตวิทยา (Psychological Need Group) ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg) เป็นต้น โดยมีมุมมองเรื่องความพึงพอใจในการทำงานเกิดจากความต้องการของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จของงานและความต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง

2. กลุ่มภาวะผู้นำ (Leadership Group) ได้แก่ทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงพฤติกรรม ตารางตาข่ายการจัดการของเบลคและมูตัน (Blake & Mouton) และทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ ของฟีดเลอร์ (Fiedler) เป็นต้น ซึ่งกลุ่มนี้จะมองความพึงพอใจในการทำงานเกิดจากผู้นำที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา

3. กลุ่มพยายามต่อรางวัล (Effort – Reward Bargain Group) เป็นกลุ่มที่มองความพึงพอใจในการทำงานมาจากรายได้ เช่น เงินเดือนและผลตอบแทนอื่น ๆ

4. กลุ่มอุดมการณ์การจัดการ (Management Ideology Group) กลุ่มนี้มองความพึงพอใจในการทำงานมาจากพฤติกรรมกรรมการบริหารขององค์กร

5. กลุ่มเนื้อหาของงานและการออกแบบงาน (Work Content and Job Design Group) กลุ่มนี้มองความพึงพอใจในการทำงานเกิดจากเนื้อหาของงานของตนเอง การศึกษาความพึงพอใจมักจะศึกษาในรูปแบบอื่น เช่น ความต้องการขวัญและกำลังใจหรือแม้แต่แรงจูงใจ เพราะเป็นกลุ่มที่สามารถโยงไปอธิบายความพอใจในการทำงานได้

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

ฮาร์เรล (Harrell อ้างถึงใน จันท์แรม, 2554) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไว้ 3 ประการ ดังนี้ 1)ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ประสบการณ์ เพศ จำนวนสมาชิกในความรับผิดชอบ อายุ เวลาในการทำงาน เชาวปัญญา การศึกษา บุคลิกภาพ ระดับเงินเดือน แรงจูงใจในการทำงาน และความสนใจในงาน 2)ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ลักษณะงาน ทักษะในการทำงาน ฐานะทางวิชาชีพ ขนาดของหน่วยงาน ความห่างไกลของบ้านและที่ทำงาน สภาพภูมิศาสตร์ และโครงสร้างของงาน 3)ปัจจัยการจัดการ ได้แก่ ความมั่นคงในงาน รายรับ ผลประโยชน์ โอกาสก้าวหน้า อำนาจตามตำแหน่งหน้าที่ สภาพการทำงาน เพื่อนร่วมงาน ความรับผิดชอบงาน การนิเทศงาน การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร และความเข้าใจกันระหว่างผู้บริหารกับพนักงาน

อารี (2530) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้ 1)สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและการเมือง นำไปสู่ความแตกต่างทางด้านเจตคติและค่านิยม และยอมทำให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน 2)ลักษณะของอาชีพ โดยส่วนใหญ่อาชีพที่ตรงกับวิชาชีพที่ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาเล่าเรียนมา จะสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากกว่าอาชีพที่ไม่ตรงกับวิชาชีพที่เรียนมา 3)สิ่งแวดล้อมในองค์กร ส่งผลต่อความพึงพอใจ ซึ่งได้แก่ ขนาดองค์กร ลักษณะการจัดการองค์กร การบริหารองค์กร การตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนการทำงานเป็นทีม 4)งานและสิ่งแวดล้อม โดยส่วนใหญ่งานและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ต้องเป็นงานที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถ ทำให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นต้น

โดยสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานจะประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน ด้านการจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และลักษณะของอาชีพ ซึ่งหากปัจจัยต่างๆเหล่านี้สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการย่อมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน

4.4 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

สุรเชษฐ์ (2552) เสนอองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานไว้ 9 องค์ประกอบ คือ

1. โครงสร้างองค์การ หมายถึง สิ่ง que แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมต่าง ๆ ภายในองค์การและแสดงถึงความสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ ของหน่วยงานในองค์การ

2. ลักษณะงาน หมายถึง งานที่ปฏิบัติอยู่เป็นงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถหรือตรงกับตำแหน่งสายงานหรือไม่เป็นงานประจำปีหรือชั่วคราวมีปริมาณมากหรือน้อยเป็นงานที่น่าสนใจทำท่ายางหรือยาก

3. ความมีอิสระในการทำงาน หมายถึง การปฏิบัติงานในหน้าที่หรืองานที่ได้รับมอบหมายนั้น มีการตรวจตราหรือควบคุมอย่างใกล้ชิดมีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีอิสระในการแก้ปัญหาหรือรับผิดชอบ

4. ความสำเร็จในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ในงานให้บรรลุผลสำเร็จ

5. ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน หมายถึง โอกาสที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับการพิจารณาความดีความชอบการเลื่อนเงินเดือนการเลื่อนตำแหน่งการศึกษาต่อ การดูงานและ ฝึกอบรมรวมถึงความมั่นคงที่ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมาย

6. เงินเดือนและสวัสดิการ หมายถึง เงินเดือนและผลประโยชน์ต่างๆ ที่ทางสำนักงานจัดหาไว้ให้ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ที่พักอาศัย อาหาร และค่ารักษาพยาบาล

7. การปกครองบังคับบัญชา หมายถึง การปกครองดูแลและกำกับให้เป็นไปตามนโยบายที่ได้กำหนดการเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติงาน การติดตามงาน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

8. สภาพการทำงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน อาคาร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน

9. สัมพันธภาพในการทำงาน หมายถึง การอยู่ร่วมกันการทำงานร่วมกัน พบปะสังสรรค์ ปรึกษาหารือ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งสัมพันธภาพของพนักงานที่มีต่อผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

สุนันทา (2541) มีความเห็นว่า องค์ประกอบที่มีส่วนในการจูงใจบุคคลให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่

1. การจัดงานที่ท้าทายความสามารถให้ทำ แต่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมอว่างานที่มีลักษณะท้าทายต่อบุคคลหนึ่ง อาจจะไม่เป็นสิ่งท้าทาย ความสามารถของอีกบุคคลหนึ่งได้

2. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผน หากบุคคลถูกขอร้องให้ช่วยในการวางแผนและกำหนดสภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ก็จะเป็นแรงจูงใจในการทำงานทางหนึ่ง

3. การให้การยกย่องและสถานภาพ บุคคลทุกคนไม่ว่าอยู่ในฐานะอะไร ต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม และจากผู้บังคับบัญชาเหมือนกันหมดทุกคน แต่การยกย่องชมเชยต้องทำด้วยความจริงใจ และผลของการปฏิบัติงานจะต้องสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

4. การให้ความรับผิดชอบมากขึ้น และการให้อำนาจเพิ่มขึ้น การได้เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งการให้อำนาจและการมอบหมายความรับผิดชอบ เป็นเครื่องมือในการจูงใจคนปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การให้ความมั่นคงและความปลอดภัย ความกลัวในสิ่งต่างๆ เช่น การไม่ให้งานทำ การสูญเสียตำแหน่ง เป็นสิ่งที่แฝงอยู่ในจิตใจของคน ความต้องการในเรื่องความมั่นคงปลอดภัยจึงสำคัญ แต่ต้องคำนึงด้วยว่าความมั่นคงปลอดภัยมากน้อยเท่าใด จึงเป็นตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

6. การให้ความเป็นอิสระในการทำงาน ทุกคนปรารถนาจะมีอิสระในการทำงานด้วยตัวเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง การบอกทุกอย่างว่าควรทำอย่างไร จะเป็นการทำให้แรงจูงใจต่ำลงได้

7. การเปิดโอกาสให้เจริญก้าวหน้าทางด้านส่วนตัว ความปรารถนาที่จะก้าวหน้าในทางด้านอาชีพเป็นเป้าหมายของทุกคนในองค์กร การได้มีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรมการศึกษาดูงาน การหมุนเวียนงาน และการสร้างประสบการณ์จากการใช้เครื่องมือต่างๆ ล้วนเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

8. การให้เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงิน การวิจัยในปัจจุบันยังสรุปได้ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความสำคัญของเงินที่มีต่อแรงจูงใจ เพียงแต่ชี้แนะว่าเงินเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจมากกว่าที่จะเป็นแรงจูงใจ แต่คนส่วนมากก็ยังให้คุณค่าเงินไว้สูง

9. การให้โอกาสแข่งขัน การแข่งขันเป็นแรงจูงใจสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับผู้บริหารซึ่งต้องการความเป็นเลิศในการปฏิบัติงาน ทำให้เป็นแรงกระตุ้นที่จะแสวงหาแนวคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ เอ็ดวิน เอ. ล็อก (Locke อ้างถึงในกอบชัย 2540,18-19) ได้เสนอองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ที่เขาได้ทำการศึกษาวิจัยในปี ค.ศ.1976 ไว้มีองค์ประกอบดังนี้ คือ

1. ด้วงาน ได้แก่ ความสนใจในตัวงาน ความแปลกของงาน โอกาสเรียนรู้หรือศึกษางาน ปริมาณงาน โอกาสที่จะทำงานนั้นสำเร็จ การควบคุมการทำงานและวิธีการทำงาน

2. เงินเดือน ได้แก่ จำนวนเงินที่ได้รับความยุติธรรมและความทัดเทียมกันของรายได้ และวิธีการจ่ายเงินขององค์กร

3. การเลื่อนตำแหน่ง ได้แก่ โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น ความยุติธรรมในการเลื่อนตำแหน่งขององค์กร และหลักในการพิจารณาเลื่อนตำแหน่ง

4. การได้รับการยอมรับนับถือ ได้แก่ การได้รับคำยกย่องชมเชยในผลสำเร็จของงาน การกล่าววิจารณ์การทำงาน และความเชื่อถือในผลงาน

5. ผลประโยชน์เกื้อกูล ได้แก่ บำเหน็จบำนาญตอบแทน การให้สวัสดิการ การรักษาพยาบาล การให้วันหยุดงาน และการได้รับค่าใช้จ่ายระหว่างลาพักผ่อน

6. สภาพการทำงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ช่วงเวลาพัก เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน อุดหนุน การถ่ายเทอากาศ ทำเลที่ตั้งและรูปแบบการก่อสร้าง ของอาคารสถานที่ทำงาน

7. การนิเทศงาน ได้แก่ การได้รับความเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือแนะนำจากผู้บังคับบัญชา ระดับสูงขึ้นไปด้วยความมีเทคนิคและกลวิธีที่ดี ความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และความมีทักษะในการนิเทศงานของผู้บริหาร

8. เพื่อนร่วมงาน ได้แก่ ความรู้ความสามารถ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และความมีมิตรภาพอันดีต่อกันของเพื่อนร่วมงาน

9. องค์กรและการบริหารงาน ได้แก่ ความเอาใจใส่บุคลากรในองค์กร เงินเดือนและนโยบายในการบริหารงานขององค์กร

วิธีการจูงใจที่กล่าวข้างต้นเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่นักพฤติกรรมศาสตร์เห็นว่า มีส่วนในการจูงใจให้คนหรือบุคคลพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยแต่ละคนจะมีความต้องการแตกต่างกัน

4.5 การประเมินความพึงพอใจในงาน

ศิริพงศ์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท คูชุนเฮงหลีเท็กซ์ไทล์จำกัด จากการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท คูชุนเฮงหลีเท็กซ์ไทล์จำกัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านความสำเร็จของงานที่ทำ ด้านความมั่นคงในงาน ด้านนโยบายและการบริหารงานขององค์กร ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ด้านลักษณะของงานที่ทำ ด้านเงินเดือนค่าจ้าง ด้านความรับผิดชอบต่องานที่ทำ ด้านความรู้สึกรับการยอมรับนับถือ และด้านโอกาสได้รับความก้าวหน้า 2) ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทคูชุนเฮงหลีเท็กซ์ไทล์จำกัด ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านความรักในองค์กร ด้านความผูกพัน มุ่งมั่นในองค์กร ด้านประสิทธิผลต่อต้นทุน ด้านสมรรถนะบุคคล ด้านความร่วมมือร่วมใจกับหน่วยงานอื่นๆ ภายในองค์กร และด้านความสอดคล้องของเป้าหมายบุคคลและองค์กร 3) พนักงานที่สังกัดแผนกงานแตกต่างกันมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน และ4) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง

4.6 เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจ

แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในการใช้รูปแบบการวางแผน ซึ่งนำมาจากการศึกษาผลของการใช้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจ ของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม (สุมิตรรา, 2551)ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และการทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 มีจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการพัฒนาและใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยคำถามในแต่ละด้าน ครอบคลุมคำนิยามตัวแปร ความพึงพอใจของพยาบาล ประกอบด้วย 6ด้านจำนวน 20ข้อ ได้แก่ ด้านนโยบายหน่วยงานและการปฏิบัติจำนวน 6ข้อ ด้านความมีอิสระ จำนวน 2 ข้อ ด้านผู้ร่วมงานจำนวน 4 ข้อ ด้านการยอมรับจำนวน 3 ข้อ ด้านความรับผิดชอบจำนวน 3 ข้อ ด้านความสำเร็จจำนวน 2 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแต่ละช่วงคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ไม่พึงพอใจ หมายถึง ท่านรู้สึกมีความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค(ร้อยละ 1-20)

พื่อน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคระดับน้อย(ร้อยละ 21-40)

พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคระดับปานกลาง(ร้อยละ 41-60)

พอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคระดับมาก(ร้อยละ 61-80)

พอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยคระดับมากที่สุด(ร้อยละ 81-100)

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการพัฒนาและใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรม เครื่องมือมีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราวัดแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

พอใจมากที่สุด (ระดับความพึงพอใจมากที่สุด)	ให้ 5 คะแนน
พอใจมาก (ระดับความพึงพอใจมาก)	ให้ 4 คะแนน
พอใจปานกลาง (ระดับความพึงพอใจปานกลาง)	ให้ 3 คะแนน
พอใจน้อย (ระดับความพึงพอใจน้อย)	ให้ 2 คะแนน
ไม่พึงพอใจ (ระดับความไม่พึงพอใจ)	ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ คือคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน คะแนนรวมมากหมายความว่า พยาบาลมีความพึงพอใจหลังการใช้การวางแผนหลังการจำหน่ายหรือผู้ป่วยอายุรกรรมมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์การแปลผลดังนี้(ประคอง กรรณสูต,2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.5 -5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.5 -4.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.5 -3.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.5 -2.49 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1 -1.49 คะแนน หมายถึง มีความไม่พึงพอใจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไรตส์ (Rhoads อ้างถึงในศุภชัย, 2542) ได้ศึกษาถึงความครอบคลุมของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับโครงการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า มีกระบวนการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพปานกลาง ผู้ดูแลเพียงส่วนน้อยที่เข้าร่วมในการวางแผนจำหน่าย และมีผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่งที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมทั้งการประสานงานที่แยใน เรื่องการใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้ดูแลและผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแลที่บ้านได้ ตามที่ได้รับการสอนและสาธิตขณะอยู่โรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้ ความสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขึ้นอยู่กับกระบวนการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรดูแลสุขภาพที่บ้าน

เอมอร์ (2546) ได้ศึกษาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลประจำการโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมกลุ่มระดมสมองในเร็ววันประจำการจำนวน 30 คน โดยนำรูปแบบ M- E- T-H-O-D มาใช้ ผลการประชุมกลุ่มได้แบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่ายและคู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย วิธีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผลการประเมินพบว่าสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้จริงตามรูปแบบ ผู้ปฏิบัติ มีความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มและคู่มือในระดับมากและมีความพึงพอใจในการศึกษาต่อในระดับมากที่สุด

พนิดา (2548) ได้ศึกษาเรื่องโครงการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม โดยใช้กรอบแนวคิด M- E- T-H-O-D ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนประกอบด้วย 1.ขั้นเตรียมการโดยศึกษาพัฒนาการวางแผนจำหน่าย 2.ทำนปฏิบัติกรนำการวางแผนจำหน่ายไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 คนเป็นเวลา 1 เดือนแล้วปรับปรุงให้เหมาะสม 3.ทำนประเมินผล มีการประเมินความรู้และการนำไปใช้ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าหัวหน้าตึกเห็นด้วยกับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเหมาะสม

สุมิตรา (2551) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า 1.ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามปกติ 2.ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุของผู้ป่วยอายุรกรรม สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรม

นวพร (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

กาญจนา (2547) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน จากผลการวิจัยพบว่า 1.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย 2.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นุชจรินทร์และคณะ (2549) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน ผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทแบบสหวิชาชีพสามารถอยู่ในสังคมได้นานขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน มีคุณภาพชีวิตระดับดี มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแลรักษามากขึ้น และมีความพึงพอใจมากขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การใช้การวางแผนจำหน่ายสามารถใช้กับผู้ป่วยทุกโรค การวางแผนการจำหน่ายส่งผลต่อการลดจำนวนวันนอน และความพึงพอใจกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยในชั้นบำบัดยาทุกคนในโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานีในปีงบประมาณ 2562 และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากยาบ้า ตาม ICD-10 รหัสโรค F.15.5 เพศชาย ที่เข้ารับการบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่ผ่านมา ของสุมิตรา (2551) การศึกษาผลของการใช้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจ ของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ศึกษา โดยใช้โปรแกรม N4studies จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คน และมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (ธานินทร์, 2550) กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน แต่จากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดในปัจจุบันจะมีผู้รับบริการจำนวน 10-12 คนต่อเดือน ทางทีมผู้วิจัยจึงจะใช้ประชากรทั้งหมดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่ม

2. ทีมสหวิชาชีพ ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในบำบัดยา จำนวน 12 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	1 คน	- เภสัชกร	จำนวน	1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	7 คน	- นักจิตวิทยา	จำนวน	1 คน
- นักสังคมสงเคราะห์	จำนวน	1 คน	- นักโภชนาการ	จำนวน	1 คน

และมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากยาบ้า ตาม ICD-10 รหัสโรค F15.15
2. ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารพูดภาษาไทยได้
4. ยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

กลุ่มทีมสหวิชาชีพ

แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักโภชนาการ ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในบำบัดยา และปฏิบัติงานด้านยาเสพติดมาอย่างน้อย 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือการบันทึกวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า แบบ D M-E-T-H-O-D ซึ่งประกอบด้วย

D- Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M- Medicine คือการแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดสรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E - Environment คือการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T- Treatment คือทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H- Health คือการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O- Out patient คือการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D - Diet คือการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตเวช แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และแบบบันทึกจำนวนวันนอน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลอายุ ระดับการศึกษา สูงสุด สถานภาพอาชีพ ระยะเวลาที่เสพยาบ้า จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา จำนวนวันนอนของการบำบัดก่อนหน้า ประสบการณ์เกี่ยวกับการกลับไปเสพยา

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตเวช โดยใช้ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) (มานิต, ม.ป.ป.) ซึ่งนำมาจาก แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ที่มนำทางคลินิก, 2548) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ระดับคะแนนที่ให้

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีอาการขั้นต่ำ
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

การใช้แบบประเมิน ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ถูกผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย
คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

การแปลผล

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย ถือว่าไม่มีอาการทางจิต

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

2.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 7 ข้อคำถาม คือ เพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดยา สถานภาพสมรส และวุฒิทางการศึกษาสูงสุด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในการใช้รูปแบบการวางแผน ซึ่งนำมาจากการศึกษาผลของการใช้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ ต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจ ของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม (สุมิตรา, 2551) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และการทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็นระดับความพึงพอใจ ดังนี้

ไม่พอใจ หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติ
ตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับน้อยที่สุด

พอใจน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่าน
ปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับน้อย

พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่าน
ปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับปานกลาง

พอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่าน
ปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับมาก

พอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่าน
ปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับมากที่สุด

2.5 แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโดยนับจำนวนวันนอนตามฟอร์มปรอทของแบบบันทึกของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้ อายุ การวินิจฉัยโรค การรักษา วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในบำบัดยา วัน เดือน ปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และชนิดของการจำหน่าย (อาดีละห์, 2559) ซึ่งการการจำหน่าย ประเภทเสียชีวิต ส่งต่อ หลบหนี และปฏิเสธการรักษา จะไม่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

ระยะเวลาดำเนินการ

- สถานที่ ณ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
- ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการกำหนดระยะเวลา ในการดำเนินงานวิจัย 1 ปี ตั้งแต่ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 งานวิจัยมีดำเนินการการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการและขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การเตรียมความพร้อมของนักวิจัย เพื่อให้ให้นักวิจัยมีทักษะ เสริมสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนการจำหน่าย ภายใต้กรอบแนวคิด D-METHOD

1.2 เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วยนักวิจัยมีทักษะ เสริมสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนการจำหน่าย ดังนี้

1.2.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1) จะต้องเป็นนักบำบัดที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชประมาณ 2 ปีขึ้นไป 2) มีความยินดีและสมัครใจ 3) สามารถเข้าร่วมดำเนินการตามแนวทางการวางแผนการจำหน่าย 4) มีความรู้เรื่องการวางแผนการจำหน่าย ภายใต้กรอบแนวคิด D-METHOD ซึ่งงานวิจัยนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน

1.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยมีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด(Random Selection) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 42 คน มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการกำหนดในเกณฑ์การคัดเลือกในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า และ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

1.3 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

1.4 ภายหลังจากได้รับอนุญาต จึงขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดยา

1.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เคยได้รับการฝึกอบรมการประเมินผู้ป่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถาม และทดลองให้ปฏิบัติ

1.6 นำเครื่องมือการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการดูแล การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและความต้องการดูแล การกำหนดแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผลหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ คำนำวนดัชนีความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. ความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์หรือผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.76 และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถาม

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ดังนี้ ซึ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

มากกว่า .9 ดีมาก	มากกว่า .8	ดี
มากกว่า .7 พอใช้	มากกว่า .6	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า .5 ต่ำ	น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5	ไม่สามารถรับได้

หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดี แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจริงได้

1.7 ปรับปรุง แก๊ไข เครื่องมือการวางแผนการจำหน่าย

1.8 ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แนวทางปฏิบัติ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และแบบเก็บข้อมูลต่างๆให้กับทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ดำเนินการเก็บข้อมูลและติดตามผล โดยการดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

2.1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2.1.2 กำหนดแผนการจำหน่าย

2.1.3 ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพ

ดำเนินการตามแผนการรักษาและแผนการจำหน่ายตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.1.4 ประเมินผลและปรับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2.1.5 ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เอกสารใบรับรองที่ 035/2562 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเริ่มตั้งแต่การแนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความสำคัญของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยให้เอกสารแนะนำผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย แบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะนำมาสรุปและนำเสนอในภาพรวม ชื่อของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับและหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ กลุ่มตัวอย่างเต็มใจและยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ (เอกสารแนบภาคผนวก)

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ อาจเกิดผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้เข้าร่วมโครงการ หากเกิดความเครียดมากขึ้นจะให้การดูแลระดับประคองด้านจิตใจ หากกลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเครียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัส จัดหมวดหมู่ และประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistic) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะมากเท่ากับค่าเฉลี่ยเสมอ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ อาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทดสอบการแจกแจงขอข้อมูลด้วยสถิติ Kolmokorov-Smirnov ซึ่งการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติจึงสามารถใช้สถิติ t-test ได้

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน มีการแจกแจงแบบปกติในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติ Pair t-test

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 29 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N =29)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N =15)		กลุ่มควบคุม (N =14)		รวม (N =29)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	Mean =22.33		Mean = 28.50		Mean =27.90		.651
15 – 20 ปี	1	6.67	1	7.14	2	6.89	
21 – 25 ปี	6	40.0	4	28.57	10	34.48	
26 – 30 ปี	5	33.33	5	35.71	10	34.48	
31 – 35 ปี	1	6.67	1	7.14	2	6.89	
36 – 40 ปี	1	6.67	2	14.29	3	10.34	
40 ปี ขึ้นไป	1	6.67	1	7.14	2	6.89	
ระดับการศึกษาสูงสุด							.106
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	13.33	3	21.43	5	17.24	
ประถมศึกษา	5	33.33	8	57.14	13	44.83	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	13.33	1	7.14	3	10.34	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	40	2	14.29	8	27.59	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N =15)		กลุ่มควบคุม (N =14)		รวม (N =29)		P- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพ							.396
สมรส							
โสด	13	86.67	10	71.43	23	79.31	
คู่	1	6.67	2	14.29	3	10.34	
หย่า/แยก	1	6.67	2	14.29	3	10.34	
อาชีพ							.193
ว่างงาน	6	40.0	8	57.14	14	48.27	
รับจ้าง	4	26.67	4	28.57	8	27.59	
เกษตรกร	3	20.00	2	14.29	5	17.24	
อื่นๆ.รปภ/	2	13.34	0	0	2	6.90	
ค้าขาย							
ระยะเวลาใน							.315
การเสพยาบ้า...							
ปี							
0 – 3 ปี	2	13.33	0	0	2	6.89	
4 – 6 ปี	4	26.67	7	50.00	11	37.93	
7 – 9 ปี	4	26.67	0	0	4	13.79	
≥10 ปี	5	33.34	7	50.00	11	37.93	
จำนวนครั้งของ							.509
การบำบัด							
รักษา.....ครั้ง							
1 ครั้ง	11	73.33	8	57.14	19	65.52	
>1 ครั้ง	4	26.67	6	42.86	10	34.48	
จำนวนวันนอน							.082
ของการบำบัด							
ครั้งก่อนหน้า							
0 วัน (ไม่เคย	11	73.33	8	57.14	19	65.52	
เข้ารับการนอน							
ในโรงพยาบาล)							
14 – 28 วัน							
30 – 45 วัน	1	6.67	2	14.29	3	10.34	
	3	20.00	4	28.57	7	24.14	

ตาราง 1 (ต่อ)							
ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N =15)		กลุ่มควบคุม (N =14)		รวม (N =29)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคย							.566
กลับไปเสพยาบ้าซ้ำหรือไม่							
ไม่เคย	4	26.67	1	7.14	5	17.24	
เคย	11	73.33	13	92.86	24	82.76	
1-15 ครั้ง	0	0	0	0	0	0	
16-31 ครั้ง	2	18.18	2	15.38	4	16.67	
> 31 ครั้ง	9	81.82	11	84.62	20	83.33	

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21- 25 และ 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.48 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.83 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 79.31 อาชีพว่างงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.27 ระยะเวลาในการใช้ยาบ้า 4-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.93 จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา 1 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.52 จำนวนวันนอนของการบำบัดครั้งก่อนหน้าส่วนใหญ่ไม่เคยบำบัดรักษามาก่อน คิดเป็นร้อยละ 65.52 ใน 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 82.76 จำนวนครั้งของการเสพยา > 31 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ทั้งกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในข้อมูลทั่วไปทุกประเด็น

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับทีมสหวิชาชีพ (N =12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	16.7
หญิง	10	83.3
อายุ		
25 – 30 ปี	6	50.00
31 – 35 ปี	2	16.67
36 – 40 ปี	0	0
มากกว่า 40 ปี	4	33.33
สถานภาพ		
โสด	4	33.33
คู่	8	66.67

ตาราง 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปสำหรับทีมสหวิชาชีพ (N =12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แพทย์	1	8.33
พยาบาลวิชาชีพ	7	58.33
เภสัชกร	1	8.33
นักสังคมสงเคราะห์	1	8.33
นักจิตวิทยา	1	8.33
นักโภชนาการ	1	8.33
ระยะเวลาในปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดยา		
1 – 3 ปี	5	41.67
4 – 6 ปี	3	25.00
7 – 9 ปี	2	16.67
10 ปีขึ้นไป	2	16.67

จากตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับทีมสหวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 25 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 อาชีพพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดยา อยู่ระหว่าง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ตาราง 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้แผนการจำหน่าย

คู่ที่	จำนวนวันนอน	
	กลุ่มทดลอง (วัน)	กลุ่มควบคุม (วัน)
1	15	12
2	21	15
3	22	21
4	21	26
5	18	27
6	18	16
7	30	16
8	30	40
9	35	50
10	20	30
11	17	53
12	18	41
13	25	46
14	24	25

คู่ที่	จำนวนวันนอน	
	กลุ่มทดลอง (วัน)	กลุ่มควบคุม (วัน)
15	32	
รวม	$\bar{x} = 23.07$	$\bar{x} = 29.86$
	SD.= 6.10	SD.= 13.81

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 23.07$, SD.= 6.10) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 29.86$, SD.= 13.81)

ตาราง 4 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=29)

	\bar{x}	SD.	t	df	P
กลุ่มทดลอง	23.07	6.10	1.937	25	.03
กลุ่มควบคุม	29.86	13.81			

จากตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.86 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ T-test พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางจิตโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=29)

	\bar{x}	SD.	ระดับ	t	df	P
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	48.00	5.05	ปานกลาง	1.68	28.24	.12
กลุ่มควบคุม	47.36	2.86	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	42.65	6.10	ปานกลาง	-3.74	30.45	.03
กลุ่มควบคุม	46.85	4.15	ปานกลาง			

จากตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางจิต พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนอาการทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 6 ความพึงพอใจของทีมนิสิตวิชาชีพ

ข้อ ที่	รายการ	ระดับความพึงพอใจ					\bar{x}	SD.
		ไม่ พอใจ	พอใจ น้อย	พอใจ ปานกลาง	พอใจ มาก	พอใจ มากที่สุด		
1	ท่านพึงพอใจกับนโยบายของหน่วยงานในการกำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย			5 (41.67)	7 (58.33)		3.6	0.51
2	ท่านพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบัน		1 (8.33)	3 (25)	8 (66.67)		3.6	0.67
3	ท่านพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย		2 (16.67)	2 (16.67)	8 (66.67)		3.5	0.80
4	ท่านพึงพอใจในการประเมินประสานงานติดตามกำกับและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามบทบาท		3 (25)	1 (8.33)	8 (66.67)		3.4	0.90
5	ท่านพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม		1 (8.33)	1 (8.33)	10 (83.33)		3.8	0.62
6	ท่านพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดร่วมกัน	1 (8.33)		2 (16.67)	9 (75)		3.6	0.90
7	ท่านพึงพอใจในกระบวนการสร้างแผนการจัดการดูแลที่มาจากการประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ		1 (8.33)	2 (16.67)	9 (75)		3.7	0.65
8	ท่านพึงพอใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการให้กิจกรรมต่อผู้ป่วยมีความชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้นได้		1 (8.33)	3 (25)	8 (66.67)		3.6	0.67

จากตาราง 6 พบว่า ระดับความพึงพอใจกับนโยบายของหน่วยงานในการกำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.33 ระดับความพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจในการประเมินประสานงานติดตามกำกับและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามบทบาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม คิดเป็นร้อยละ 83.33 ระดับความพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับความพึงพอใจในกระบวนการสร้างแผนการจัดการดูแลที่มาจากการประชุมระดมสมอง

ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับความพึงพอใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการให้กิจกรรมต่อผู้ป่วยมีความชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้นได้ คิดเป็นร้อยละ 66.67

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า การวางแผนการจำหน่ายมีผลต่อจำนวนวันนอน โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 23.07$, $SD = 6.10$) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโดยรวมของกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 29.86$, $SD = 13.81$) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD (กลุ่มควบคุม) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.86 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ T-test พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทำให้ทีมมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งส่งผลให้มีการลดจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีความรู้มากขึ้นสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวและการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมิตรา (2551) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามปกติ

2. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่การพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมความพร้อมนี้จะต้องครอบคลุมทั้งความพร้อมของตัวผู้ป่วยจิตเวชเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม และชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ และสังคมแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ (2543) พบว่า การวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย ระดับความพึงพอใจกับนโยบายของหน่วยงานในการกำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.33 ระดับความพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจในการประเมินประสานงานติดตามกำกับและพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยตามบทบาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับความพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม คิดเป็นร้อยละ 83.33 ระดับความพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับความพึงพอใจในกระบวนการ

สร้างแผนการจัดการดูแลที่มาจากการประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็น ร้อยละ 75 ระดับความพึงพอใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการให้กิจกรรมต่อผู้ป่วยมีความชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้นได้ คิดเป็นร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมิตรา (2551) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุของผู้ป่วยอายุรกรรม สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการใช้การวางแผนจำหน่ายสามารถใช้กับผู้ป่วยทุกโรค การวางแผนการจำหน่ายส่งผลต่อการลดจำนวนวันนอน และความพึงพอใจกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research)โดยใช้รูปแบบชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 24 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม และ 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในบำบัดยา จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือการบันทึกวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตเวช แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และแบบบันทึกจำนวนวันนอน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยบำบัดยา หลังจากนั้นเริ่มทำการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ อาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ใช้สถิติ t-test และ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติ Pair t-test สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีอาการทางจิตดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย
3. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากในการวางแผนการจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างเป็นระบบ มีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารวางนโยบายและเป็นผู้นำให้กับพยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาและปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่นการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ และอุปกรณ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตต่อจำนวนวันนอนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย
2. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังการจำหน่าย หรือมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการประเมินติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลต่อไป

บรรณานุกรม

- กชกร เปาสวรรณ และคณะ. 2550. รายงานการวิจัยเรื่อง ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการมาศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ศูนย์พิษณุโลก. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- กรมสุขภาพจิต. 2555. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค, ในรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- กอบชัย อ้นนาค. 2540. ประสิทธิภาพของกระบวนการตรวจสอบภายในของสำนักงานจเรตำรวจ ปัญหาและแนวทางแก้ไข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กาญจนา อรุณสุขจุฑา. 2546. ความพึงพอใจของสมาชิกสหกรณ์ต่อการดำเนินงานของสหกรณ์ การเกษตรไชยปราการจำกัดอำเภอไชยปราการจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาส่งเสริมการเกษตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติพงษ์ แสงสุระ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะองค์การกับประสิทธิผลขององค์การ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. พรทิพย์ วรกิจโกศาทร.(2530). การวิจัยเพื่อประชาสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร
- เกรียงไกร เจริญพานิช. 2541. ความพึงพอใจการปฏิบัติงานของอาจารย์สถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณิต ดวงหส์ดี. 2537. สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา จักรปิง. 2552. ผลของการใช้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นงนุช เอี่ยมสวัสดิ์. 2547. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนเอกชน.
- บุญช่วย ไชยเมืองชื่น. 2547. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2543. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์.
- รพีพรรณ วัจนลงษ์ . 2543. การปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชของแผนกผู้ป่วย จิตเวชในโรงพยาบาลฝ่ายกายและในโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. 2558. สถิติการเข้ารับการรักษาประจำปี 2556 -2558. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ปัตตานี.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. 2559. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ปัตตานี.
- วันเพ็ญ พิชิตรพชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. 2546. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรุฬ พรรณเทวี . 2542. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยงาน กระทรวงมหาดไทยในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน / วิรุฬ พรรณเทวี. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- ศิริพงศ์ เกตุมณี. 2553. ปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท ศูนย์ส่งเสริมให้กซ์ไทล์ จำกัด.การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจ
- สมบูรณ์ ปัญจพลาณารักษ์. 2541. ความพึงพอใจในการท างานของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในจังหวัด ระยอง ภาคนิพนธ์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุชา ปาน้อยนนท์. 2553.ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมของผู้ป่วยนอก วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุนันทา เลहनันท์. 2541. การพัฒนาองค์การ. กรุงเทพฯ: ดี.ดี.บู๊คส์ไตร์
- สุรเชษฐ์ ผการ์ตน์สกุล. 2552. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ภาคนครหลวง 2. ภาคนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ ทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- สมิตรา เวียงเงิน. 2551. ผลของการใช้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุวิมล คำย่อย. 2555. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหยวก อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี การค้นคว้าอิสระ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยวก.
- เสวิกุล จำสนอง. 2546. พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อาทิตย์ สะไร. 2559. ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อานนท์ จรรย์เศษ. 2554. ความพึงพอใจของลูกค้าต่อการให้บริการของการประชาสัมพันธ์ สาขา ตาก วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. Journal Name : Journal of Service Science and Management Vol.8 No.4 July21.2015

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงช่องว่างแต่ละข้อตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

1. อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 5. อุดมศึกษา () 6 อื่นๆ.....

3. สถานภาพ

() 1. โสด () 2. คู่

() 3. หม้าย () 4. หย่า/แยก

4. อาชีพ

() 1.ว่างงาน () 2. นักเรียน/นักศึกษา

() 3. รับจ้าง () 4. เกษตรกร

() 5. อื่นๆ.....

5. ระยะเวลาในการเสพยาบ้า.....ปี

6. จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา.....ครั้ง

7. จำนวนวันนอนของการบำบัดครั้งก่อนหน้า.....เดือน.....วัน

8. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำหรือไม่

() 1. เคย ใช้.....ครั้ง () 2. ไม่เคย

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า
หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

1. อายุ.....ปี
2. การวินิจฉัยโรค.....
3. การรักษา
-
-
-
4. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในบำบัดยา
5. วัน เดือน ปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....
- สรุปจำนวนวันนอน.....วัน
6. ชนิดของการจำหน่าย
 ครบกำหนด เปลี่ยนรูปแบบ อื่นๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงช่องว่างแต่ละข้อตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

() 1. โสด () 2. คู่

() 3. หม้าย () 4. หย่า/แยก

4. อาชีพ

() 1. แพทย์ () 2. พยาบาลวิชาชีพ () 3. เภสัชกร

() 4. นักสังคมสงเคราะห์ () 5. นักจิตวิทยา () 6. นักโภชนาการ

5. ระยะเวลาในปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในบำบัดยาปีเดือน

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความพึงพอใจ

การใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า หรือผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญรักษ์ปัตตานี คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

ไม่พอใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับน้อยที่สุด
พอใจน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับน้อย
พอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับปานกลาง
พอใจมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับมาก
พอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติตามข้อความในประโยค อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อ ที่	รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
		ไม่ พอใจ	พอใจ น้อย	พอใจปาน กลาง	พอใจ มาก	พอใจมาก ที่สุด
1	ท่านพึงพอใจกับนโยบายของหน่วยงานในการกำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย					
2	ท่านพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบัน					
3	ท่านพึงพอใจกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความชัดเจน ใช้งานง่าย					
4	ท่านพึงพอใจในการประเมินประสานงานติดตามกำกับและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามบทบาท					
5	ท่านพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม					
6	ท่านพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลบุคคลที่ต้องการบำบัดร่วมกัน					
7	ท่านพึงพอใจในกระบวนการสร้างแผนการจัดการดูแลที่มาจากการประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ					
8	ท่านพึงพอใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการให้กิจกรรมต่อผู้ป่วยที่มีความชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้นได้					

ภาคผนวก จ

ชื่อ.....สกุล.....

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง ให้ ล้อมรอบระดับคะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ลำดับ ที่	เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2	อาการวิตกกังวล (anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3	การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
4	ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	1	2	3	4	5	6	7
5	ความรู้สึกรู้ผิด (guilt)	1	2	3	4	5	6	7
6	ความตึงเครียด (tension)	1	2	3	4	5	6	7
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerisms and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
8	ความคิดว่าตัวเองมีความสามารถเกินความจริง (grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
9	การซึมเศร้า (depression)	1	2	3	4	5	6	7
10	ความรู้สึกรุนแรงไม่เป็นมิตร (hostility)	1	2	3	4	5	6	7
11	ความรู้สึกรุนแรงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution)	1	2	3	4	5	6	7
12	อาการประสาทหลอน (hallucination behavior)	1	2	3	4	5	6	7
13	อาการเคลื่อนไหวช้า (motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
14	การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
17	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)	1	2	3	4	5	6	7
18	อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation)	1	2	3	4	5	6	7

ระดับคะแนนที่ให้

1 = ไม่มีอาการ 2 = มีอาการขั้นต่ำ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง
 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก

หมายเหตุ ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอก

ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

การแปลผล

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย ถือว่าไม่มีอาการทางจิต

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

ภาคผนวก ฉ

แนวทางการประเมินของทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผนการจำหน่าย

วิชาชีพ	กิจกรรมที่ให้	การประเมินผล/การวางแผน
<p>1.แพทย์</p>	<p>1.ระยะแรกรับ ประเมินผู้ป่วย ชักประวัติเพิ่มเติม ตรวจร่างกาย</p> <p>1.1ระบุประเภทของผู้ป่วย พรบ./สมัครใจ</p> <p>1.2ให้การวินิจฉัยทางสารเสพติด</p> <p>1.3การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวช(โรคร่วมทางจิต)</p> <p>1.4การวินิจฉัยความผิดปกติทางกาย(โรคร่วมทางกาย)</p> <p>กิจกรรมที่ให้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้คำแนะนำเรื่องโรคที่เป็น -อธิบายแนวทางการรักษาออกทางเลือกแก่ผู้ป่วย -ตรวจโรคทางกายและภาวะเสี่ยงโรคทางกายอื่นๆ -อธิบายสถานที่ส่งต่อการรักษาที่ต้องไป ติดต่อหรือวันนัดมาพบแพทย์ <p>2.ระยะก่อนจำหน่าย ประเมิน พูดคุยวางแผนกับผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย detox ครบ ไม่มีอาการถอนพิษยา -ผู้ป่วย detox และ rehab ครบ -ผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาต่อ ทั้งที่ detox ไม่ครบ 	<p>-เฝ้าระวังการหลบหนี</p> <p>-ผู้ป่วยต้องการ detox และrehab เป็นผู้ป่วยในครบ 4 เดือน</p> <p>-ผู้ป่วยต้องการ detox และrehab เป็นผู้ป่วยในครบ.....เดือนจากนั้น rehab รพ.ใกล้บ้าน(รพ.....)</p> <p>-ผู้ป่วยต้องการ detox เป็นผู้ป่วยในเดือน แต่ rehabรพ.ใกล้บ้าน (รพ.....)</p> <p>-ผู้ ป วย ต ่อ ง ก าร detox เป็น ผู้ ป วย ใน แต่ ไม่ rehab เนื่องจาก.....</p> <p>-ผู้ป่วยต้องการ detox เป็นผู้ป่วยในและ rehab เป็นผู้ป่วยนอก รพธ.ปน.</p> <p>-อาการทางจิต ส่งต่อ/รับยาจาก() รพ..... / รักษาที่ รพธ.ปน.</p> <p>-ผู้ป่วยบำบัดครบ 4 เดือนติดตามการกลับไปเสพซ้ำ</p> <p>-ผู้ป่วยส่งกลับ rehab โรงพยาบาลใกล้บ้านติดตามการบำบัดฟื้นฟูจนครบ</p> <p>-อาการทางจิต ติดตามการรับยา () รพ..... / () รักษาที่ รพธ.ปน.</p>

วิชาชีพ	กิจกรรมที่ให้	การประเมินผล/การวางแผน
<p>2.เภสัชกร</p>	<ul style="list-style-type: none"> •วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย Admit ภายใน 1 สัปดาห์ -ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยา ชื่อ ฤทธิ์ของยาและวัตถุประสงค์ -อธิบายวิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ ความถี่ ระยะเวลา บอกข้อควรระวัง อาการข้างเคียง อาการแพ้ยาและ ข้อห้ามการใช้ยา -วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ยาต่อเนื่องที่บ้าน โดยอธิบายผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อธิบายแหล่งช่วยเหลือเบื้องต้น อาการข้างเคียงที่รุนแรง และการมารับยาตามแพทย์สั่ง -พิจารณา Medication Reconciliation ยาที่ได้รับ และ Home Medication 	<ul style="list-style-type: none"> - Medication Reconciliation ไม่มี/มีระบุ..... - ยาที่ได้รับในขณะนี้ เหมาะสม / ไม่เหมาะสม ระบุ..... - Home Medication ไม่มี /มี ระบุ.....
<p>3.นักจิตวิทยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> •วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย Admit และรับประทานยาจิตเวช ครบ 2 สัปดาห์ -ตรวจประเมินสุขภาพจิต/ระดับเซาว์ปัญญา/ประสาทจิตวิทยา -ให้การบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อปรับ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม -สอนวิธีการสังเกตอาการทางจิตเวช ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ ก่อนที่จะเกิดความสูญเสียในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว -อธิบายวิธีการจัดการกับอารมณ์ตนเองเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือกดดันที่จะทำให้กลับไปเสพซ้ำหรือเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นภายหลังการบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรายบุคคล - การบำบัดรายกลุ่ม - ผลการตรวจประเมินสุขภาพจิต/ระดับเซาว์ปัญญา/ประสาทวิทยา

วิชาชีพ	กิจกรรมที่ให้	การประเมินผล/การวางแผน
4. นักสังคม	<ul style="list-style-type: none"> •วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย Admit ภายใน 2 สัปดาห์ -มีการประเมินปัญหารายบุคคล /ครอบครัว /สังคม -ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางด้านคำปรึกษา ครอบครัวและสังคม -ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพรายบุคคล/ครอบครัว -ดำเนินการเรื่องย้ายสิทธิ์การรักษาพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> -ย้ายสิทธิ์ UC -อนุเคราะห์คำรักษาพยาบาล -ประสาน UC ต้นสังกัด -ประสานเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -ผลการประเมินหลังให้บริการ -แผนดูแลต่อเนื่องระหว่างบำบัด -ประเด็นดูแลต่อเนื่องหลัง D/C.
5. นักโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> •วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วย Admit ภายใน 2 สัปดาห์ -อธิบายประเภทของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค -อธิบายปริมาณของอาหารที่ควรได้รับแต่ละวันใช้ธงโภชนาการ -ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI)ผู้ป่วย -ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตามแผนการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> -ผลการประเมินภาวะโภชนาการ (BMI)ผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลตามระบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

วิธีการ	การกระทำให้	การสอน	การชี้แนะ	การสนับสนุน	การสร้างสิ่งแวดล้อม
D	การวางแผนเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล	เรื่องกลไกการเกิดโรค โรคสมองตื้อ ยา อาการทางจิตแผนการรักษา	วิธีการสังเกตอาการ	ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย
M	การจัดยาให้ผู้ป่วย ตรวจเช็คจำนวนเม็ดยา	เรื่องยา ฤทธิ์ของยา ขนาดยา อาการข้างเคียง วิธีเก็บยา และข้อห้าม/ข้อระวังในการใช้ยา	วิธีการรับประทานยา การดูแลให้รับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียง	การพูดชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกต การรับประทานยา และสังเกตอาการข้างเคียง
E	การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	เรื่องความสำคัญของการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย	พูดให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล	จัดกิจกรรมพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่องการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
T	กำกับกรกินยาต่อหน้า	เรื่องหน้าที่ บทบาท และความสำคัญของการรับประทานยา	การสังเกตการรับประทานยา	การพูดชื่นชมให้กำลังใจและให้คำปรึกษา	เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลการรับประทานยา
H		การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	การระบายความรู้สึก การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการหาวิธีการในการกระตุ้นให้ตนเองใส่ใจสุขวิทยาส่วนตัว
O		การมาตรวจตามนัด การแสวงหาความช่วยเหลือ และการรับประทานยาต่อเนื่อง	การทำสัญลักษณ์ในวันนัด การจัดเก็บเบอร์โทรฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ	พูดความสำคัญของการมาตามนัด	ประสานโรงพยาบาลเครือข่ายในการติดตาม
D	การจัดอาหารให้ผู้ป่วย	การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วย ประโยชน์ โทษ และอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของยา	การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การงดการดื่มชา/กาแฟและสารเสพติด และการดื่มน้ำปริมาณมาก	กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร/การดื่มน้ำ และพูดให้กำลังใจ	เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | | |
|---------------|----------|---|
| 1. ดร.บุปผา | บุญญามณี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา |
| 2. คุณวัชรีย์ | น้อยผา | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี |
| 3. คุณรัตติยา | สันเสรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี |

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) (สำหรับผู้ป่วย)

โครงการวิจัย “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาที่พึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่.....
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล วันที่.....
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการโครงการวิจัยวันที่.....
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน วันที่.....
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (ผู้ป่วย)

โครงการวิจัย “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิต และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

โดยใช้กรอบแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งประกอบด้วย

D- Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M- Medicine คือการแนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อน

E - Environment คือการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T- Treatment คือทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการ

H- Health คือการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O- Out patient คือการมาตรวจตามนัด การช่วยเหลือจากสถานพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง

D - Diet คือการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณในการดูแลตนเองก่อนย้าย หรือจำหน่าย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้ามีอาการดีขึ้น และไม่เกิดการกำเริบซ้ำของโรค
3. ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
4. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่าย

ผลไม่พึงประสงค์และความเสี่ยง: การทดลองอาจจะทำให้กังวลใจ มีความวิตกกังวล การซักถามเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาเสพติดในอดีต ประวัติส่วนตัว หรือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาอาจทำให้ท่านใช้เวลาเพิ่มขึ้น หรือรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลบ้างเล็กน้อยในขณะที่พูดคุยเรื่องดังกล่าวได้

ผู้วิจัยจะไม่บังคับให้ท่านตอบคำถามนั้น ถ้าท่านเกิดความไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้านจิตใจจนกว่าท่านจะรู้สึกสบายใจขึ้น ท่านสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ ตามมา และยังคงได้รับการรักษาตามมาตรฐานการบำบัดรักษาหรือได้รับการรักษาตามปกติ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล

หากท่านเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้ท่านจะได้สำเนาใบยินยอมที่ท่านลงนามกำกับไว้ 1 ฉบับ

หากมีอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นหรือมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถสอบถามได้จากคณะผู้วิจัย คือ นางแวมาริยะห์ นีระสิงห์ โทร 084-1941444 และนางพาริษฐ์

สั้นนท โทร 089-5998407 หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่งานวิจัย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โทร 073 – 460351-311 ต่อ 8113 หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร 02-5310080-4

ภาคผนวก ฅ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) (สำหรับทีมสหวิชาชีพ)

โครงการวิจัย “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาที่พึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่.....
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการโครงการวิจัย วันที่.....
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน วันที่.....
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (ทีมสหวิชาชีพ)

โครงการวิจัย “ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิต และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

โดยใช้กรอบแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งประกอบด้วย

D- Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M- Medicine คือการแนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อน

E - Environment คือการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T- Treatment คือทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการ

H- Health คือการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O- Out patient คือการมาตรวจตามนัด การช่วยเหลือจากสถานพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง

D - Diet คือการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณในการดูแลตนเองก่อนย้าย หรือจำหน่าย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้ามีอาการดีขึ้น และไม่เกิดการกำเริบซ้ำของโรค
3. ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
4. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่าย

ผลไม่พึงประสงค์และความเสี่ยง: การทดลองอาจจะทำให้กังวลใจ มีความวิตกกังวล อาจทำให้ท่านใช้เวลาเพิ่มขึ้น หรือรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลบ้างเล็กน้อยในขณะที่พูดคุยเรื่องดังกล่าวได้

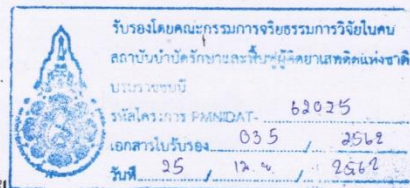
ผู้วิจัยจะไม่บังคับให้ท่านตอบคำถามนั้น ถ้าท่านเกิดความไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้านจิตใจจนกว่าท่านจะรู้สึกสบายใจขึ้น ท่านสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ ตามมา ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล

หากท่านเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ท่านจะได้สำเนาใบยินยอมที่ท่านลงนามกำกับไว้ 1 ฉบับ

หากมีอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นหรือมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถสอบถามได้จากคณะผู้วิจัย คือ นางแวมาริยะห์ นิระฮิง โทร 084-1941444 และนางพาริตะ สันนิก โทร 089-5998407 หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่าง

โครงการวิจัยนี้ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่งานวิจัย โรงพยาบาลชัยภูมิรักษัปัตตานี โทร 073 – 460351-3 ต่อ 8113 หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร 02-5310080-4

ภาคผนวก ญ



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 62025

เอกสารใบรับรองที่ 035/2562

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอน อาการทางจิต และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลจิตเวชปัตตานี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Effects of Discharge Planning in Methamphetamine with Drugs induce psychosis Patients on Length of Stay, mental symptom and multidisciplinary team satisfaction at Department of Detoxification Thanyarak pattani Hospital

2. ชื่อคณะผู้วิจัย

1. นางแวมรี่ยะห์ นีระฮิง หัวหน้าโครงการวิจัย

2. นางทิพสุดนซ์ มูลจันท์ ผู้ร่วมวิจัย

3. นางปริศิยะ สันนิก ผู้ร่วมวิจัย

3. หน่วยงานที่สังกัด.....โรงพยาบาลจิตเวชปัตตานี.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงการวิจัยฉบับแก้ไขส่งคณะกรรมการลงวันที่ 25 เมษายน 2562

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับแก้ไขส่งคณะกรรมการลงวันที่ 25 เมษายน 2562

5. วันที่ให้การรับรอง.....25.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

วันที่ที่หมดอายุ24.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2563.....

ลงนาม

(... นพ.ลำชา ลักขณาภิชนัชช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(...นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ก

รายนามนักวิจัยและประวัตินักวิจัย

1.นางแวมารีย์ะห์ นีระฮิง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้วิจัยหลัก
2.นางทิพสุคนธ์ มูลจันทิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้ร่วมวิจัย
3.นางพาริตีะ สันนง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้ร่วมวิจัย

ประวัตินักวิจัย

1.นางแวมารีย์ะห์ นีระฮิง

ประวัติการศึกษา : พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต
หาดใหญ่ จ.สงขลา

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี 294 ม.6 ต.รูสะมิแล อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000

หมายเลขโทรศัพท์ 073 – 460351-3

e-mail : weamariyah@gmail.com

2.นางทิพสุคนธ์ มูลจันทิ

ประวัติการศึกษา : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จ.สงขลา

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี 294 ม.6 ต.รูสะมิแล อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000

หมายเลขโทรศัพท์ 073 – 460351-3

e-mail : batim3@gmail.com

3.นางพาริตีะ สันนง

ประวัติการศึกษา : พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จ.ยะลา

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ปัตตานี 294 ม.6 ต.รูสะมิแล อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000

หมายเลขโทรศัพท์ 073 – 460351-3

e-mail : Pareeda.sun@gmail.com