

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากความเจริญของสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่แผ่กระจายไปอย่างทั่วถึง ทั้งในเมืองและในชนบท ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตมนุษย์ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาพความเป็นอยู่ หรือค่านิยม เกิดปัญหาชีวิตที่ซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาค่าครองชีพและหนี้สิน มนุษย์ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการหาเลี้ยงชีพ การดำรงชีวิต เกือบทุกคนต้องช่วยเหลือตัวเอง เป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องเครือญาติเกิดความห่างเหินมากยิ่งขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงขาดความอบอุ่นมั่นคง ขาดผู้ชี้แนะให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเวลาที่มีปัญหา ทำให้เกิดความกดดันทางใจ มีความวิตกกังวล หรือมีความเครียด อันเป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

ในสังคมปัจจุบัน ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญ ร่องลงมากคือปัญหาครอบครัว และผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลถึงปัญหาครอบครัวไม่น้อย เช่น ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ทะเลาะเบาะแว้ง เห็นแก่ตัว ไม่มีน้ำใจต่อกัน ละเลยกันในเรื่องของความรู้สึก ความต้องการทางจิตใจ (อมรภาส อินโชนานนท์ และอินทรา ปัทมินทร, 2534) ปัญหาครอบครัวจึงเป็นปัญหาที่พบมากในการรับบริการปรึกษาในคลินิกให้การศึกษา (จิตรประสงค์ สิงหนาง และ สกาวรัตน์ ภูผา, 2543 ; สุภรัตน์ เวชสุวรรณ, 2546) และจากการประเมินผลการดำเนินงาน การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ปี พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2544 โดย อุ่น พงษ์ธรรม (2545) พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาครอบครัว และปัญหาการปรับตัว

จากผลการศึกษา ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทยทั่วประเทศ โดย อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ (2544) พบว่า ความทุกข์ของโรค 6 อันดับ เรียงจากชุกมากที่สุดลงไป ได้แก่ การติดสุรา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีความผิดปกติทางอารมณ์ ภาวะปัญญาอ่อน และการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งพฤติกรรมจัดการปัญหา เพื่อคลายความกดดันหรือความทุกข์ใจอย่างสร้างสรรค์ที่คนไทยนิยมนำมาใช้ ได้แก่ การออกกำลังกาย การปฏิบัติศาสนกิจ การทำงานอดิเรก การบำเพ็ญประโยชน์ แต่ในทางกลับกัน การจัดการปัญหาสุขภาพจิตของคนในสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในทางที่ไม่สร้างสรรค์ เช่น การเที่ยวเตร่มั่วสุม การใช้สารเสพติด การมี

พฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมจัดการปัญหาที่แสดงออกถึงความต้องการคำปรึกษา ต้องการกำลังใจ ซึ่งในสังคมแบบไทยมักนิยมไปหาหมอดู คนทรงเจ้า ฟังพาดูทำนายเหนือธรรมชาติ (ถนอมศรี อินทนนท์ และคณะ, 2542) รวมทั้งการหาเพื่อนคุยทาง Internet ซึ่งเป็นที่นิยมมากในยุคเทคโนโลยี เช่นปัจจุบันนี้

ปัญหาสุขภาพจิต ไม่เพียงแต่ทำให้มนุษย์เกิดความทุกข์ขึ้นในใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายด้วย เช่น บุคคลที่อยู่ในภาวะที่กดดัน และมีความเครียดสูง มักจะทุกข์ทรมานกับอาการปวดศีรษะ มีอาการของโรคซึมเศร้า เป็นหวัด เป็นโรคกระเพาะ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดหลัง (Cohen & Williamson, 1991 อ้างใน Benjamin, 2001) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าโรคมะเร็งมีอาการลุกลามเร็วขึ้น ถ้าผู้ป่วยประสบกับปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย แต่ถ้าให้การรักษาทางจิตเวชร่วมกับการรักษาทางกายภาพไปพร้อมกันนั้น สามารถที่จะช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้นได้ (Jacobs & Charles, 1980; Forsen, 1991; Levenson & Bemis, 1991 อ้างใน Drew, 1995)

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพกาย ในด้านการทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยลดลง เพราะระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และผลทางอ้อมก็คือ ความไม่สบายใจ เป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมที่เป็นโทษ อันจะนำไปสู่การเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น เมื่อเกิดความทุกข์ใจ แล้วใช้วิธีจัดการปัญหาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ กินไม่เหมาะสม ไม่พักผ่อน หรือไม่ออกกำลังกาย (Cohen & Williamson, 1991; O'Leary, 1992 อ้างใน Drew, 1995)

ดังนั้น ปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขทั่วโลก เริ่มตระหนักแล้วว่า ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และอาจส่งผลกระทบต่อรุนแรง เพราะปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานั้น นอกจากจะเจ็บป่วยจากการเป็นโรคทางกายแล้ว ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อย ที่เป็นโรคทางกาย อันเนื่องมาจากจิตใจ หากให้การรักษาเพียงทางด้านร่างกาย ก็จะทำให้การรักษาโรค ไม่สัมฤทธิ์ผล ผู้ป่วยจะยังคงกลับมาพบแพทย์อีก ด้วยอาการหนักมากขึ้น เพราะเหตุผลนี้ งานสาธารณสุขที่ได้รับผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นการรักษาควบคู่กัน ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

สำหรับประเทศไทยนั้น รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไปอาจจะยังไม่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ป่วยทั่วไป เพราะอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิต ยังมีไม่เพียงพอ ประกอบกับงานสุขภาพจิตบางด้านมีความเร่งด่วนมาก เช่น งานด้านยาเสพติด จึงทำให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและทางจิตใจพร้อมกันสามารถที่จะทำได้ในกรณี que เห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือ ผู้ป่วยที่คิดสารเสพติด

นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยเหล่านั้นไม่ทราบวิธีการเข้าถึง หรือไม่เข้าใจเรื่อง บริการทางด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาล และในประเทศไทยยังมีผู้ป่วยจำนวนมาก รวมทั้งญาติผู้ป่วยอีกไม่น้อย ที่มีทัศนคติทางลบต่อการเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช มีความรู้สึกว่าการเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยานั้น หมายถึงผู้ป่วยนั้นเป็นคนบ้า เป็นคนไข้โรคจิต ทำให้เสียภาพพจน์ ดังนั้น การเข้ารับการรักษาทางสุขภาพจิตจึงยังไม่เป็นวิถีจัดการปัญหาสุขภาพจิตที่แพร่หลาย (งานสุขภาพจิตและยาเสพติด, ร.พ. จอมทอง, 2546) เหตุการณ์เช่นนี้ พบในหลายพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ผลการเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ปรากฏว่า ปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกเวชศาสตร์ทั่วไป (ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวัลภา วงศ์สารศรี, 2543) และจากการสำรวจปัญหา ของผู้ป่วยที่มารับบริการด้านปัญหาสุขภาพอนามัยทั่วไป ที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ก็พบว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยคือปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว (ศูนย์บริการปรึกษา โรงพยาบาลอินทร์บุรี, 2544)

การคัดกรองผู้ป่วย ที่มีอาการทางกายโดยมีสาเหตุมาจากจิตใจ ออกจากผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเพียงอย่างเดียว จะเป็นการช่วยลดภาระแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานด้านการตรวจรักษาทางสุขภาพอนามัยทั่วไป และยังเป็นวิธีลด การใช้จ่ายงบประมาณ ไปกับการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้ผล ซึ่งนอกจากจะสิ้นเปลืองมากแล้ว ยังอาจทำให้อาการของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น แล้วส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการป่วยทางร่างกายไปด้วย

วิธีคัดกรองผู้ป่วยอาจใช้การสังเกต หรือใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา แต่ละชนิดตามความเหมาะสม แต่สิ่งที่แสดงถึงปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งสามารถวัดได้ และสังเกตได้ง่าย คือ ระดับของความเครียด ซึ่งเป็นอาการที่หลงเหลือ ให้สามารถสังเกตเห็นได้ หลังจากที่บุคคล ประสบกับปัญหา และได้หาวิธีการจัดการปัญหาแล้วแต่ไม่ได้ผล โดยปกติแล้ว เมื่อบุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น ย่อมจะหาวิธีการจัดการปัญหาด้วยตนเองก่อน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการจัดการปัญหาที่ต่างกัน แต่มีจุดประสงค์เดียวกันคือ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2542) ในประเทศไทยนั้น โดยภาพรวมแล้ว ความสามารถในการจัดการปัญหาของคนส่วนใหญ่ น่าจะเป็นลักษณะที่ยังไม่ค่อยจะเหมาะสม สังเกตจากสถิติปัญหาการหย่าร้างสูงขึ้น การติดยาเสพติดมากขึ้น และมีผู้ป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2542)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีจะมีระดับความเครียดสูง ถ้าพิจารณาที่พฤติกรรมจัดการปัญหา จะพบว่าวิธีการจัดการปัญหาไม่เหมาะสม จึงทำให้ไม่สามารถบรรเทาปัญหาลงได้ ซึ่งการจัดการปัญหาโดยขาดความตระหนักรู้ในตนเอง นอกจากปัญหาจะไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว ยังทำให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และทำให้ระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น จนทำให้บุคคลนั้นๆ มีแบบแผนการรับรู้ และพฤติกรรมที่ผิดปกติออกไป ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ล้มเหลวในที่สุด จะเห็นว่าวิธีการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ควรจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหา สามารถช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ได้ ไม่ทำให้เกิดความยุ่งยากในอนาคต และควรมีผลดีต่อสุขภาพ (Hymovich & Hagopian, 1992 ; Aldwin, 1994)

การค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือทางจิตวิทยา ร่วมกับการรักษาทางร่างกาย ทั้งในรูปแบบของ การให้การปรึกษาในคลินิกสุขภาพจิตและงานสุขภาพจิตเชิงรุก เช่น การอบรมให้ความรู้ในชุมชน จะเป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และยังเป็นการรักษาผู้ป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้ผลมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การสำรวจพฤติกรรมจัดการปัญหา และสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลมีพฤติกรรมจัดการปัญหาเป็นแบบใด และผู้ป่วยมีระดับปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างไร พฤติกรรมจัดการปัญหาสัมพันธ์กับระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วยหรือไม่ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการทางสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษา ระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง
2. เพื่อศึกษา พฤติกรรมจัดการปัญหา ของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการปัญหากับระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทองส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับปานกลาง
2. ผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง มีพฤติกรรมจัดการปัญหาแตกต่างกัน
3. ระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยสัมพันธ์กับวิธีการจัดการปัญหาที่ผู้ป่วยใช้

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการปัญหา และศึกษาระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการปัญหา (Ways of Coping Questionnaire : WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman & Lazarus (1988) และแบบวัดสุขภาพจิต Health Opinion survey (HOS) สร้างและพัฒนาโดย McMillan (1954) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 15 - 60 ปี จำนวน 423 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง เดือน สิงหาคม 2547

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการจัดการปัญหา หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะหรือสถานการณ์ที่รับรู้ว่าเป็นอันตราย เป็นความสูญเสีย เป็นการคุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ทำร้ายกับตน ซึ่งบุคคลพยายามใช้วิธีการต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลของจิตใจ โดยใช้พลังความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้ความรุนแรงบรรเทาลง พฤติกรรมนี้สามารถวัดได้โดยใช้ แบบวัดวิธีการจัดการปัญหา (Ways of Coping Questionnaire : WOC) ที่สร้างและพัฒนาโดย Folkman & Lazarus

ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง สภาพความทุกข์ทางจิตใจและอารมณ์ ของบุคคล รวมทั้งความไม่สามารถปรับตัว ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่อยู่ร่วมกัน ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งถ้าสุขภาพจิตมีปัญหา จะก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อร่างกาย ระดับของความเครียด สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถาม Health Opinion Survey (HOS) สร้างและพัฒนาโดย McMillan

ผู้ป่วยโรงพยาบาลจอมทอง หมายถึง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัด เชียงใหม่ ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2547