

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่พบมากที่สุด มีความรุนแรงและเรื้อรัง โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรค ประมาณ 2.5-5:1000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 2000) ประมาณ 7:1,000 คนอยู่ในกลุ่มอายุ 15-35 ปี อุบัติการณ์ 3 ใน 10,000 คน ที่พัฒนาเป็นโรคเรื้อรัง โรคจิตเภทมีความชุกถึง 24 ล้านคน ของประเทศทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 90 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบว่า การให้น้ำหนักของโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (World Health Organization [WHO], 2005) กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาภาระโรคของปี 2542 โดยใช้วัด “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ Disability Adjusted Life Years (DALYs) พบว่า 20 อันดับแรกของโรคที่สร้างภาระโรคให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุดนั้น เป็นความผิดปกติทางจิตและโรคจิตเภทอยู่ในลำดับที่ 17 จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ปี 2546, 2547 ร้อยละ 39.66, 37.91 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด และมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ปี 2546, 2547 ร้อยละ 54.58, 58.96 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คิดเป็นอันดับที่ 1 ในการจำแนกตามกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2547)

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ จึงทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่วนความรู้สึกรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ (WHO, 1992) มีลักษณะการดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการชัดเจนและระยะอาการหลงเหลือ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชย์, 2542; American Psychiatric Association, 1994) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไประยะเวลาไม่แน่นอน โดยเฉลี่ย ประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบระยะอาการชัดเจน (active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตชัดเจน โดยส่วนใหญ่มีอาการทางบวก และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) จะมีอาการรล้ายคลึงกับระยะแรก เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มทุเลา อาการทางจิตสงบลงแต่ก็ยังมี

อาการหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางด้านลบ เช่น สิ้นน้ำลายเมฆ ขาดแรงจูงใจ อ่อนเพลีย แยกตัวเอง เกียจคร้าน ละเลยเรื่องสุขอนามัย เป็นต้น (Kaplan & Sadock, 1995) มีการศึกษาผลของการรักษา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีก พบได้เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้แต่มีอาการป่วยซ้ำเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ แต่สามารถดูแลตนเองร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลา และ 5) มีพยาธิสภาพของการเสื่อมของบุคลิกภาพอย่างถาวร ซึ่งการเสื่อมของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอาการป่วยซ้ำ (Sadock & Sadock, 2000) จากลักษณะการดำเนินของโรคในระยะหลงเหลือ ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคมีอาการทางจิตกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ และเรื้อรังตามมา มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การให้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรค จิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการป่วยซ้ำ ร้อยละ 60-80 ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำ ร้อยละ 15-40 และผู้ที่เป็นโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว มีอัตราการป่วยซ้ำ ร้อยละ 0-20 (Chovil, 2000) และป่วยซ้ำเมื่อหยุดรับประทานยาร้อยละ 80 (Gaultiere, 1999)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังได้รับการบำบัด จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ อาการทางจิตลดความรุนแรงลงแต่ยังมีอาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการ คือมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลืออยู่มาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับสู่ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาพบทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต มีการศึกษาพบว่าแม้จะได้รับการบำบัดรักษาแล้ว ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ เนื่องจากมักถูกมองว่าไร้ความสามารถไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างขาดอิสระภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ บางรายถูกทอดทิ้งอย่าง โดดเดี่ยว (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) ถูกรังเกียจและถูกแยก ออกจากสังคมทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความสะเทือนใจมีความเครียดมากขึ้น (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) ด้อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Underwood, 1990) มีกิจกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ อยู่ในท่าเดิมนานๆ และเซื่องซึม ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา อาจนั่งเฉยๆ เป็นวันๆ โดยไม่ทำอะไร (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) พบว่าร้อยละ 51 มีการคิดสุราหรือสารเสพติด (Mallakh, 1998) มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51.2 หาข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นระดับปานกลาง (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) มีสุขภาวะทาง

จิตวิญญาณ อยู่ในระดับดีมาก (พิศสมร เดชดวง, 2545) ซึ่งลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีภาวะเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และการกำเริบทางจิตได้ ถ้ามีการดำเนินชีวิตที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตน

จากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ดังกล่าว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ในการดำรงชีวิต มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเพนเดอร์ (1996) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (physical activity) โภชนาการ (nutrition) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) การจัดการกับความเครียด (stress management) และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการคงไว้และเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ ความผาสุกและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ชุมชน และสังคม (Pender, 1996) ได้มีผู้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในภาวะปกติและภาวะการเจ็บป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยได้ประยุกต์รูปแบบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากการรู้คิดทางสติปัญญาในการแปลความหมายของสมองที่รับรู้จากภายในและภายนอกบุคคลแล้วใช้กระบวนการคิดตัดสินใจตอบสนองความคิดนั้น ออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความตระหนักในการเจ็บป่วยของตน มีการดำเนินชีวิตที่มีนิสัยสุขภาพที่ปกป้องความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ จึงช่วยให้ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรังลงคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและฟื้นจากสภาพการเจ็บป่วยลงได้

จังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชจำนวนมาก จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสุโขทัย ปีพ.ศ. 2545, 2546, 2547 มีจำนวน 6,440 ราย 3,110 ราย 3,536 ราย คิดเป็นอัตรา 1031.61, 497.34, 566.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สถิติผู้ป่วยโรคจิตในเขตอำเภอเมืองสุโขทัย ปี พ.ศ. 2545, 2546, 2547 มีจำนวน 1,504 ราย 1,302 ราย 3,536 ราย คิดเป็นอัตรา 240.93, 1152.51, 1252.24 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับอัตราการป่วยเป็นโรคจิตของประเทศ พบว่ามีอัตราที่สูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2548) จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสุโขทัย ปี พ.ศ. 2545, 2546, 2547 มีจำนวน 419 ราย 409 ราย 399 ราย คิดเป็นอัตรา 67.14, 65.66, 63.93 ต่อแสนประชากร มีอัตราการกลับเป็นซ้ำโดยผู้ป่วยปรับยารับประทานเอง

ร้อยละ 66 เกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตร้อยละ 37 และมีผู้ที่เป็น โรคจิตเภทฆ่าตัวตาย จากการเป็นภาระของครอบครัวและถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 3.70 มีผู้ป่วยทางจิตเวชถูกกล่าวถึง จำนวน 1 ราย (โรงพยาบาลสุโขทัย, 2548ข) มีการดำเนินงานที่มีรูปแบบการจัดบริการในการดูแลช่วยเหลือได้ตามศักยภาพระดับหนึ่ง การจัดกิจกรรมที่ฟื้นฟูสภาพยังไม่ครอบคลุมที่เอื้อให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทได้พัฒนาศักยภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมให้เหมาะสม

จากรูปแบบการจัดบริการที่เอื้อต่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทระดับหนึ่ง มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ถ้าไม่พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็น โรคจิตเภทให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตั้งแต่ระดับ โรงพยาบาลจนถึงครอบครัวและชุมชนรวมถึงผู้ที่มีปัญหาทางจิตไม่ใช่เป็นผู้ไร้สมรรถภาพ ยังเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลและเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทได้พึ่งตนเองในการดำเนินชีวิต ได้เห็นคุณค่าในตนเอง มีส่วนที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามสภาพของโรคลดภาระการดูแลของครอบครัวและชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็น โรคจิตเภททั้งในและต่างประเทศ ยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ชัดเจน

ดังนั้น ผู้ศึกษา จึงมีความสนใจในการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เกิดข้อมูลพื้นฐานที่เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือผู้ที่เป็น โรคจิตเภททั้งที่บ้านและชุมชน ซึ่งคาดว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสามารถพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง ลดภาระของครอบครัวและชุมชนและมีแนวทางในการพัฒนาหรือจัดรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมเฉพาะรายด้านที่เป็นความพร่องของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย

คำถามการศึกษา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสุโขทัย เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย ระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2549

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล เพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต มุ่งที่จะคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนา โดย สุธิศา ถ้ามั่ง และ รัตนาวดี ขอนตะวัน (2548) ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM 4 และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย อยู่ในระยะอาการหลงเหลือที่ไม่มีมีอาการทางจิตหรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง