

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่พบมากที่สุดและแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2537) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการเป็นจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ถึง 15 (Kaplan & Sadock, 1995) สำหรับในประเทศไทยมีการร้อยละ 1 ป่วยเป็นจิตเภทและมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ (สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช สถาบันสุขภาพจิต, 2541) โรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข (พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2541) ช่วงสามสิบปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาด้านการพยาบาลจิตเวช การรักษาโดยใช้ยาและจิตบำบัดซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือทุเลาอาการสามารถออกจากโรงพยาบาลจิตเวชได้เร็วขึ้น (Reinhard, 1994) ในประเทศไทยระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลงผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2541) และจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2540 ของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่รับผิดชอบและให้บริการแก่ประชาชน 17 จังหวัด ในภาคเหนือ แต่จากสถิติพบว่ามีอัตราเพิ่มของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทุกปี ทั้งยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 9,346 คน หรือมารับบริการจำนวน 34,205 ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด 16,292 คน ซึ่งคิดเป็นจำนวน 55,127 ครั้ง กล่าวคือผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 62.06 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนจะมารับบริการประมาณ 3 ถึง 4 ครั้งต่อปี (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2541) ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง จากการสำรวจย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2535 ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับต้นทุนการรักษาโรคจิตเภทพบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกประมาณ 175.36 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 9,446.17 บาทต่อราย (วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์และคณะ, 2538)

หลักเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารักษาในโรงพยาบาลจะรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว การรักษาจึงเน้นที่การดูแลไม่ให้เกิดอาการมากกว่าเดิม หรือเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น นอกจากนี้ระยะเวลาของการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาให้ยาเพื่อคงเสถียรภาพ เมื่อผู้ป่วยทุเลาอาการหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออาการทุเลามักยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเลื่อมทางด้านการงานและการใช้กระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคมประกอบกับความเรื้อรังของอาการ (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือช่วยจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Ruppert, 1996) ซึ่งผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวด้วย (Fallon, Boyd, & McGill, 1984) ผู้ดูแลจึงเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต ขาดอิสระและการบริหารเวลาถูกรบกวน ซึ่งเกิดเป็นสิ่งที่เรียกว่า ภาระจากการดูแลผู้ป่วย (Hoyert & Sulter, 1992; Berheim & Lehman, 1985)

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือการรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อการรับมือดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Reinhard, 1994 ; Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลถึงการทำงาน โอกาสทางสังคมของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Platt, 1985) ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยของ เพชรานิธิม (2531) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการที่ญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กระทำในสิ่งที่น่าอายและไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ซึ่งความรู้สึกและทัศนะเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 1996) จากที่กล่าวมาข้างต้นภาระจึงมีผลต่อผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งผลของภาระที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท อาจแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเปลี่ยนไป บรรยากาศในครอบครัวอึดอัด (Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994 ; Lefley, 1987) ในหลาย การศึกษายังพบว่าผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Hobbs, 1997; Song, Biegel, & Milligan, 1997) ซึ่ง สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ดูแลคือการที่ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียบุคคลที่ตนเคยรู้ จัก จากบุคคลที่ปกติเป็นบุคคลที่มีอาการทางจิตและมักถูกตีตราจากคนในสังคม (Doombos, 1996) ในบางรายผู้ป่วยมักแสดงความก้าวร้าวหรือ มีความพหองในการรับรู้การคิดและการ ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะรู้สึกกลัวผู้ป่วย หรือเกรงว่าผู้ป่วยจะทำร้าย หรือทำอันตรายผู้อื่น ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเสียใจและสิ้นหวังในการมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว (Ip & Mackenzie, 1998; Eakes, 1995) และเนื่องจากอาการของผู้ป่วยแตกต่างกันจึงมีระดับความสามารถในการ ทำงานแตกต่างกัน หากผู้ดูแลต้องทำงานทดแทนผู้ป่วยที่มีความพหองในการทำงานหรือ ดูแล ตนเอง และต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานโดยไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือจะทำให้ผู้ดูแลทำงาน หนักและเกิดภาระมาก ดังนั้นผลของภาระที่มีต่อผู้ดูแลอีกด้านที่สำคัญคือ ด้านร่างกาย การให้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อสุขภาพร่างกายผู้ดูแลอาจมีอาการอ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า นอนไม่ หลับหรือหลับไม่สนิท มีปัญหาระบบทางเดินอาหารและบางรายมีปัญหาสุขภาพจิต (Adamec, 1996; Salleh, 1994) อาการเหล่านี้แสดงถึงความเครียดที่ผู้ดูแลได้รับ (Adamec, 1996)

ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ดูแลมีภาระมากหรือรู้สึกว่ามีภาระมากจะ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายผู้ป่วย และจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลย การช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการ ช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการทำหน้าที่ดูแลจนทำให้ขาด ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 ; Thompson, et al., 1993) การดูแลของญาติมีผล ต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การแสดงอารมณ์ภายใน ครอบครัว การขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมกับความตึงเครียดในชีวิต มีผลต่อการ ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) หากผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วย ละเลยหรือไม่สนใจผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาอีก ซึ่งการป่วยซ้ำทำให้เกิดความ สูญเสียทางเศรษฐกิจเพราะผู้ป่วยต้องขาดงาน หรือเกิดข้อจำกัดในการทำงานจึงสูญเสียรายได้ ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดการป่วยซ้ำหรือป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยได้โดยผู้ดูแลจะ

ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยให้คำแนะนำหรือแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะเครียดหรือมักถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นลักษณะการตอบสนองที่คงอยู่ตลอดชีวิตของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ, 2536) เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531) ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศจึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล (Song, Biegel & Milligan, 1997; Rose, 1996; Doornbos, 1996) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเช่น ความต้องการการดูแล กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองทำให้ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ผู้ดูแลต้องทำงานให้ผู้ป่วยหลายอย่างทำให้ผู้ดูแลมีภาระมาก (Reinhard, 1994; Jones, 1996) นอกจากนี้พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาระของผู้ดูแลเช่นกัน หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตอาวมณ์หลายอาการ จะทำให้ผู้ดูแลต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีภาระมาก (Tessler, Killian & Gubman, 1987) แต่ถ้าอาการของผู้ป่วยคงที่และไม่รุนแรงผู้ดูแลจะมีภาระน้อย ปัจจัยอีกด้านที่สำคัญต่อภาระของผู้ดูแล คือปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ดูแลเช่น ประสบการณ์ในการดูแล จำนวนปีในการดูแล ลักษณะทางสังคมของครอบครัวผู้ดูแล การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม (Loukissa, 1995) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่มสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงานและบริการ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มียิทธิพลในการช่วยลดความเครียดและส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหลายการศึกษาเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถส่งเสริมให้แก่ผู้ดูแลได้เช่น จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนรัก มีคนสนใจเห็นคุณค่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ (Bull, 1990 ; Palett,

1990) นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำจากครอบครัวที่มีปัญหาล้าย ๆ กัน ทำให้ผู้ดูแลคลายความรู้สึกกดดันลง (Scott, Roberto, & Hutton, 1986) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Rose, 1997 ; Hobbs, 1997) ในสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพบว่า มีการกระจายความรับผิดชอบแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยเน้นแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญต่อการรักษา ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจึงเป็นกลุ่มที่พยาบาลควรให้ความสนใจและสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นถ้าพยาบาลหรือนุคลากรในที่มิจิตเวชสามารถประเมินภาระและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลได้ จะทำให้มีแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและยังเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาทางจิตอากรมณ์ หรือป้องกันสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลว่าเป็นอย่างไร และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระหรือไม่อย่างไร เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำถามของการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับใด
2. การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือไม่อย่างไร

3. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่
อย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาจากผู้ดูแลที่มารับยาหรือส่งผู้ป่วย ตรวจตามที่แพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2541 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 120 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่ม สังคมเช่น ญาติ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรในทีมจิตเวช โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534)

ภาวะของผู้ดูแล หมายถึง ความยุ่งยากทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมของผู้ดูแลที่เกิดจากการมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นปัญหาหรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตน ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ภาวะของไปและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะการรักษาทางยาที่บ้านและเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย