

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตถือเป็นโรคที่สำคัญและมีความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมาก ในประเทศไทยจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต 174.45 คน ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ ร้อยละ 0.17 และเพิ่มขึ้นเป็น 245.45 คนต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.25 ในปี พ.ศ. 2537 (กรมสุขภาพจิต, 2540) จากสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ร้อยละ 55.05 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น เป็นผู้ป่วยจิตเภท (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2539) จากสถิติโรงพยาบาลสวนปรุงในปี พ.ศ. 2540 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ 62.06 ของผู้ป่วยทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540) และจากสถิติโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในปี พ.ศ. 2540 ผู้ป่วยรับไว้รักษาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 73.07 ของผู้ป่วยรับไว้รักษาทั้งหมด (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2540)

โรคจิตเภท คือ โรคจิตที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล (WHO, 1992) สาเหตุของโรคนี้เกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม เช่น พี่น้องหรือบุตรที่มีพ่อ แม่ ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไปหรือปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ครอบครัวแตกแยก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) การดำเนินโรคมักมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะเริ่มป่วยจะมีลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพแบบเก็บตัวแยกตัวเอง (schizoid trait) ไม่เข้าสังคมความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยส่วนมากจะผ่านช่วงระยะเริ่มป่วยโดยที่ญาติไม่ให้ความสำคัญกับอาการในช่วงนี้ เพราะอาการเริ่มแรกคล้ายโรคประสาท (neurosis) ทำให้ญาติไม่สังเกตเห็นและอาการในช่วงระยะเริ่มป่วยไม่รบกวนหรือไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับญาติเหมือนกับในช่วงระยะเฉียบพลันซึ่งผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตชัดเจน คือมีความคิดหลงผิด (delusion) และพฤติกรรมผิดปกติ (bizarre behavior) โรคนี้อาจเริ่มแสดงอาการเมื่ออายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเท่านั้นที่หายเป็นปกติ อีกสองในสามมักเป็นๆหายๆ และกลายเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อรักษาแล้วยังมี

ความคิดปกติของบุคคลิกภาพเหลืออยู่ มีความเสื่อมหรือบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม(อัญชุตี เตมี
ยะประดิษฐ์, ชนมน สุยะชีวิน, กัลยา สามัคคีธรรม และวิไล สีพยา, 2537)

การบำบัดรักษาปัจจุบันเน้นการผสมผสานทั้งการใช้ยาต้านโรคจิต การบำบัดทางจิต
สังคมและการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งเสริมซึ่งกันและกัน (อุมาพร
ตรังคสมบัติ, 2540) ซึ่งจะทำให้ผลของการรักษาและการพยากรณ์โรคดีขึ้นมาก โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มี
อาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีกก็มีเช่นกัน
(สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การรักษาสภาพแวดล้อม
เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 40 (วิวัฒน์ ยถาภูรานนท์,
พันธศักดิ์ วราอัสวปติ, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี, 2536) ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยเรื้อรังไม่
ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทย
ประกอบกับนโยบายการเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยได้
รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้นส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่
บ้านมีจำนวนมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) เพราะการรักษาทุกวันนี้เน้นการดูแลในชุมชน
โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่กับครอบครัวจะเกิดการปรับตัวและได้ติดต่อกับสังคมภาย
นอกที่ดีกว่าอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเพียงอย่างเดียว (สงศรี จัยสิน, 2536) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึง
กลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่ง
ประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (ทักษิณี อนันตพันธุ์พงศ์, 2540; Loukissa,
1995)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชนมีจุดมุ่งหมายที่จะ
ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ การที่สมาชิกใน
ครอบครัวเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล เป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่
จำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้ในบทบาทใหม่ และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม เพื่อที่จะทำหน้าที่
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยน
แปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องดำเนินกิจวัตร
ประจำวันด้วยความรีบเร่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดตามมา(รุจา ภูไพบูลย์, 2535)
รวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านหน้าที่การงาน การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมี
อิสระ การบริหารเวลา และกิจกรรมในสังคม (Hoyert & Seltzer, 1992; Robinson 1990) กล่าวได้ว่า
ว่าความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบที่เป็นความยุ่งยาก ลำบาก ทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (burden) แก่ตน (Bull, 1990; Montgomery, Stull & Borgatta, 1985; Platt, 1985)

ภาระของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ภาระแบ่งเป็นสองมิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตห้าด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) จากภาระทั้งสองมิติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและส่งผลโดยอ้อมต่อความผาสุก (well-being) การมีชีวิที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน (Bull, 1990)

สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น โจนส์ (Jones, 1996) ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังพบว่า ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล และพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังเช่น โพรเวนเซอร์ (Provencher, 1996) ศึกษาพบว่าเกิดผลกระทบในด้านลบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย คือสัมพันธ์ภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัว มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาทางด้านสุขภาพ รวมทั้งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต การทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) พบว่า ผู้ดูแลมีภาระทางด้านเศรษฐกิจ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวถูกขัดขวางและเกิดความเครียด ซึ่งการป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะกลายเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษาทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่ยาวนานเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง นอกจากนี้ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระที่หนัก (George & Gwyther, 1986; Poulshock & Deimling, 1984)

จากข้อมูลดังกล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งขาดการสนับสนุน ปรึกษาประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งถือเป็นภาระที่ยุงยากของผู้ดูแล หากภาระของผู้ดูแลมีมาก ผู้ดูแลก็จะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล จนทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่แสนทรมาน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุข ผู้ดูแลที่มีภาระมากจึงควรได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จากการศึกษาทางเอกสาร

ทำให้ทราบว่าปัจจุบันได้มีการพัฒนากลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาและนำมาใช้แก้ปัญหาแก่ครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลักษณะของกลุ่มมีการนำกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในการทำกลุ่ม ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดทำกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาจะเป็นการช่วยเหลือให้สมาชิกที่มีส่วนร่วมในกลุ่มได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทำให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายนปัญหาและความรู้สึกต่อกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกันมีการให้กำลังใจ ให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ สมาชิกได้เรียนรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกันเกิดการพิจารณาไตร่ตรอง สมาชิกมีการซักถาม สนใจในเรื่องของสมาชิกคนอื่นๆซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค มีการแลกเปลี่ยนแบบอย่างการปฏิบัติตัวที่ดีจากสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งเป็นการส่งเสริมกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่า สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดความหวัง ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างลดลง ทำให้มีทัศนคติในทางที่ดีได้ติดต่อกับสังคมมากขึ้น ดังเช่น ฟาวเลอร์ (Fowler, 1992) ได้จัดโปรแกรมการให้จิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นที่กระบวนการกลุ่ม พบว่า ครอบครัวสามารถอดทนต่ออาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสม นอกจากนี้แฮมมอนและดีน (Hammond & Deans, 1995) ได้จัดกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ครอบครัวมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความหวังได้เรียนรู้ว่าผู้อื่น ก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน มีการยอมรับมีการปรับตัว และมีพลังที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วย และยามาชิตา (Yamashita, 1996) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรคสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้มั่นใจในบทบาทของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ลดความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของแบดเจอร์ (Badger, 1996) พบว่า การได้รับกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป

จากความสำคัญและจากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษามีผลดีในหลายลักษณะกับครอบครัวและผู้ป่วย ดังนั้นการจัดทำกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาก็น่าจะช่วยลดภาระให้กับผู้ดูแลได้ งานวิจัยนี้จึงพัฒนาแผนการทำกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาขึ้น คาดหวังว่าจะช่วยให้ผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่มระดับประคองและจิตศึกษามีภาระในการดูแลลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับกลุ่ม
ระดับประคองและจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่ม
ระดับประคองและจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาน้อย
กว่าก่อนเข้ากลุ่ม
2. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาน้อย
กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา หรือ มารับยาแทนผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2542
จำนวน 24 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา หมายถึง แผนกปฏิบัติต่อผู้ดูแลใช้หลักการของ
กระบวนการกลุ่มเพื่อให้การประคองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยให้
รับประทานยา สถานที่ให้บริการและลักษณะการสังเคราะห์ทางสังคม วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่
ร่วมกับผู้ป่วยแก่สมาชิกกลุ่ม แผนของกลุ่มสร้างและดำเนินการโดยผู้วิจัย

ภาวะ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบากความหนักความกดดัน
ความเดือดร้อนของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 มิติ คือ
ภาวะเชิงประนัย คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลา

เป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะเชิงอัตนัย คือความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ วัดโดยใช้แบบวัดภาวะของผู้ดูแลของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, et al., 1985)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ และได้รับการยอมรับว่าปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือของโรค (residual phase) และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี