

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป โรคนี้พบได้ในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภาพ เรื่องตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วฉวีรังษี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และเกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา, 2536) ในสหรัฐอเมริกา ช่วงเวลา 1 ปี มีประชากรมารับการรักษาด้วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.025-0.05 (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994) โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช เพราะประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ในขณะที่อีกประมาณร้อยละ 60 - 70 ของผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายก็เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นเดียวกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่ พบว่าในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีจำนวนถึงร้อยละ 66.11 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540) ซึ่งนับว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรงและจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีกก็มีเช่นกัน (สมภาพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2536) ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา สภาพแวดล้อม และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเอง ดังเช่นจากการศึกษาของ จารุวรรณ ต. สกุล (2524) ถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า มีสาเหตุ

มาจากสิ่งแวดล้อม คือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อับอายเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยทางจิต จึงส่งผลให้มีเรื่องขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว และไม่สบายใจเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น นอกจากนั้นแล้วจากการศึกษาของ วัชณี หัตถพนม, สุพิน พิมพ์เสน, ปทุมทิพย์ สุภานันท์, ศรีสอาด จุฑากฤษฏา และศิริพร ทองบ่อ (2529) ถึงสาเหตุทางด้านการรักษาก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการไม่เข้าใจเรื่องการรักษา จึงทำให้ขาดยาถึงร้อยละ 63.99 ส่วนการศึกษาของ นางเยาว์ พูลศิริ, พิมพ์ภาภรณ์ สังข์ศรีศรี, วิรัช ลักคนสุวรรณ, ชะโลม สรรพสุ, สุวิมล ปริญญาอนุสรณ์, และพัฒน์วดี กมลศิริพิชัยพร (2535) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาสาเหตุจากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท รวมทั้งไม่เข้าใจถึงเวลาแต่ละมื้อ และระยะเวลาที่จะต้องรับประทาน เมื่อหน่ายต่อการรับประทานยา ประการสุดท้ายคือมีฐานะยากจนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมและความสะดวกในการมารับบริการ การที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลานับรวดเร็วหลังจำหน่ายภายในระยะเวลา 2 ปี ถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ทำให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ มีการเสียหน้าที่ด้านการงาน รวมทั้งยังส่งผลถึงครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้ขาดรายได้และสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (สุรางค์ เลิศคชาธาร, 2533)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และช่วยเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยหรือบำบัดและแก้ไขความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Connelly, 1987) และยังช่วยลดภาระแก่ครอบครัว สังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ที่เน้นในการพัฒนาคนทุกคนให้มีศักยภาพ และมีจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อตนเอง ส่วนใหญ่แนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้นั้น มักกระทำในรูปแบบของการสอนเป็นรายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช (Lancaster, 1988) แต่จากการศึกษาของ อิกปี, ดุคซ์ และบอสโซ (Higbee, Dukes & Bosso, 1982 อ้างใน Whiteside, 1983) พบว่าการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานั้น หลังการสอนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้

รับความรู้ไป นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าบ่อยครั้งผู้ป่วยรับประทานยาผิดชนิดหรือขนาด อาจเนื่องจากไม่เข้าใจเนื้อหาที่สอน หรือสับสนในข้อมูลการสอน อีกทั้งจากการศึกษาของแคลรี ดีเวอร์ และชไวเซอร์ (Clary, Dever & Schweizer, 1992) ถึงเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 253 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 14-88 ปี ก่อนที่จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 63 มีความรู้สึกว่าตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องยาที่จะต้องรับประทานเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และร้อยละ 37 ไม่ทราบอะไรเกี่ยวกับเรื่องยาเลย ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้จากการเข้ากลุ่มและการสอนเป็นรายบุคคลแล้วก็ตาม อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านระดับอาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา และอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงควรที่จะมีการพัฒนารูปแบบการสอนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ เป็นเวลา 13 ปีของผู้วิจัยพบว่า การเตรียมผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้น ที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป เป็นการสอนโดยพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบในเวรนั้น ๆ ซึ่งเป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปของการสอนแบบเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลให้บริการตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบ พยาบาลแต่ละคนต่างมีเทคนิคการสอนที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน บางคนอาจให้ข้อมูลมากเกินไป หรือให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมในเรื่องที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และบางครั้งถ้ามีงานพยาบาลอื่นที่เร่งด่วนต้องรีบทำ ก็อาจทำให้ผู้สอนลืมนเนื้อหาบางตอนที่มีความสำคัญแก่ผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรได้มีการพัฒนารูปแบบของการสอน เรื่องการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลใช้เวลาในการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทหลังการเจ็บป่วยพบว่าการเสื่อมของบุคลิกภาพและประมาณร้อยละ 20 - 35 มีเชาวน์ปัญญาลดลง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง (พันธุ์ศักดิ์ วรวิศรปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536) แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความสามารถในการที่จะเรียนรู้ เพื่อช่วยให้มีชีวิตรอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีความสุข (อรันันท์ หาญยุทธ, 2532)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะพัฒนารูปแบบการสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ซึ่งเป็นตัวแบบที่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ผ่านทางวิถีทัศน์ประกอบเสียงและคำบรรยาย ซึ่งสร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เสนอไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะ ลักษณะแรกบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง อีกลักษณะหนึ่งบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม ในกรณีที่บุคคลไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ทันทีในขณะที่สังเกตบุคคลจะเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบไว้ในรูปสัญลักษณ์และแปลงข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นมโนภาพและเป็นคำพูด เพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านี้เก็บไว้ในความจำถาวรเพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ล่อใจจากภายนอกที่กระตุ้นการรับรู้ สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการยอมรับจากสังคมและยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของตนเอง การประเมินตนเองและมาตรฐานภายในตนเองด้วย (Bandura, 1986)

การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ในรูปของวิถีทัศน์ประกอบเสียงและคำบรรยาย สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และพฤติกรรมให้เด่นชัด ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่ตัวแบบจะได้รับได้ด้วย (Kalish, 1981) และตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเรียนรู้แบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สภาพการณ์รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน (Bandura, 1986) และยังสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนให้แก่บุคคลได้ด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ดังเช่น จากการศึกษาของมิลามและซีเกล (Melamed & Siegle, 1975 อ้างใน Kalish, 1981) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความกลัวต่อการผ่าตัดได้เลื่อนของเด็กอายุ 4 - 12 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยวิถีทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์กับกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยวิถีทัศน์ปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวและมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ในรูปของวิถีทัศน์ประกอบเสียงและคำบรรยาย จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังจาก

โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมมากขึ้น และพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเมื่อมีกระบวนการจูงใจ ซึ่งจะช่วยลดภาระของญาติ และผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัธยาศัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลังทดลองมากกว่าคะแนนก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ระหว่างเดือน

พฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2541 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 2 - 5 ปี จำนวน 30 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแบบสัญลักษณ์ หมายถึง ตัวแบบที่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่รับรู้ได้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ตัวแบบได้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเอง โดยการนำเสนอผ่านวิดีโอทัศน์ประกอบเสียงและคำบรรยายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 3 เรื่อง คือ 1) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต 2) การปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด 3) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สอนปรุง มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 2 - 5 ปี

ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลเรื่อง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต การปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น