

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชากรเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากรทั้งหมด (Kaplan & Sadock, 1995) สำหรับในประเทศไทยมีประชากรเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1 ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2541) โรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ปัจจุบันผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลต้นลงเนื่องจากการรักษาโรคจิตเภทด้วยยา มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนนโยบายของโรงพยาบาลเน้นการรักษา โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นที่สุด โดยผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3 – 4 สัปดาห์ (พิเชฐ อุดมรัตน์, สุกมล วิภาวิพลกุล, และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2541) เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเข้ามาบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้านอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการดูแลของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) และเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ และที่สำคัญ คือไม่ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น มักมีพฤติกรรมไม่แน่นอน มักแยกตัว เก็บตัว ไม่สนใจกิจวัตร และกิจกรรมทางสังคม มีความผิดปกติของการรับรู้ มีอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) มีความคิดที่กระจัดกระจายและไม่ต่อเนื่อง (loosening of association) เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด (Frances, Pirst, & Pincus, 1995) เมื่ออาการทุเลาลงผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เพราะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ถึงแม้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเองแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและ

ขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เนื่องจากไม่ยอมรับตัวเองว่ายังมีความเจ็บป่วย หรือมีความรู้สึกอับอาย หรือคิดว่าหายดีแล้ว พฤติกรรมทางสังคม และการดูแลตนเองเสื่อมลง (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลช่วยเหลือ หรือทำหน้าที่แทน ดังนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องช่วยกระตุ้น ดูแลหรือรับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตร การสังเกตอาการ ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา หรือรับประทานไม่ต่อเนื่อง มักเกิดอาการกำเริบขึ้นอีก (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537; อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย, 2544) ดังนั้น เวลาส่วนตัวของผู้ดูแลบางส่วนจะหมดไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องคอยสังเกตและระวังอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งตัวผู้ป่วยเอง และกับผู้ดูแลรวมถึงสมาชิกอื่นในครอบครัว จากพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง หรืออาจรุนแรงมาก เช่น การวางเพลิง ตลอดจนการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบอีกเมื่อใด ต้องหยุดงานเพื่อไปปรึกษา หรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง และในที่สุดผู้ดูแลบางรายอาจต้องลาออกจากงานจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; ยาใจ สิทธิมงคล, 2539)

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ จิตวิญญาณ ความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบ คือ ผู้ดูแลมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท และมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร (วรกษ นิธิกุล, 2535; Adamec, 1996; Doornbos, 2002) ส่วนด้านจิตใจอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (Provencher, 1996) วิตกกังวล มีภาวะเครียด (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; วรกษ นิธิกุล, 2535) ผู้ดูแลที่เผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หหมดหวัง และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตได้อีกด้วย (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Doornbos as cited in Doornbos, 2002) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ หมายถึงความรู้สึกถึงความไม่กลมกลืน การไม่ต่อเนื่องในการดำรงชีวิต เกิดความบิบบั่นทางจิตวิญญาณ อาจเกิดจากความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับภาวะเหนือตนเอง ค่านิยม ความเชื่อ การรู้สึกผิด เสียใจ การสูญเสียความหวังในชีวิต การโกรธผู้อื่น หรือพระเจ้าที่ไม่สามารถให้ความหมายกับตนเองได้ โดยความบิบบั่นทางจิตวิญญาณอาจแสดงออกทางด้านร่างกายได้ เช่น การเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย หรือแสดงออกทางด้านจิตใจ ความรู้สึกทางอารมณ์ (สมพร รัตนพันธ์, 2541) มีการศึกษาพบว่า ความรู้สึกต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย ความเศร้าโศก

ความรู้สึกผิด หดท้อใจ ท้อแท้ และสิ้นหวัง (วรารธรรม ยศธรรมเสนี อ้างใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ความเป็นอิสระส่วนบุคคลลดลง เนื่องจากผู้ดูแลมีภาระหลายอย่างในการดูแล ผู้ป่วยจนไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ทำให้ชีวิตความเป็นส่วนตัวย่นลงกว่าเดิม (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ทางสังคมก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในสังคมชนบท มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน อยู่ร่วมกันแบบญาติพี่น้อง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการร่วมกิจกรรม งานประเพณีต่างๆ เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน (ศรีศักร วัลลิโภดม และ เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2544; สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2528) เนื่องจากผู้ดูแล ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไป ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เกิดความเหินห่างจากสังคม ทำให้ลดการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544; วรกช นิธิกุล, 2535) ส่วนผลกระทบ ทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ผลกระทบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หากไม่มีการปรับตัวที่ดี หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ซึ่งในที่สุด จะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยช้าลง (Schaufeli & Buunk, 1996) ดังนั้น จะเห็นว่า การดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น มีผลกระทบตามมาหลายอย่าง ซึ่งผู้ดูแลหลักควรจะได้รับ的帮助เหลือ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นว่า ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแล จะมีความวิตกกังวล รู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง นอกจากนี้จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ฝ่ายกายพบว่า ภายหลังการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลในการดูแลเพิ่มขึ้น (Wade, Legh-Smith, & Hewer, 1986) ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาของ ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom, 2000) พบว่ามารดา ที่ดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้านหรือบุคลากรทางสาธารณสุข การช่วยเหลือสนับสนุนนี้เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งจะเป็นทั้งแหล่งประโยชน์และวิธีการที่จะทำให้ความเครียดลดลง และช่วยให้ บุคคลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่บุคคลรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ทำให้มีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการยอมรับ เป็นที่ต้องการ และ เป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ หากบุคคลขาดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต (Weiss as cited in Weinert, 1987) จากการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระของผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้รู้สึกมีภาระน้อยลง และจากการศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ข่าวสารต่างๆ และการช่วยเหลือจากผู้รักษา และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ ทำให้ประเมินตนเองว่ามีคนรัก มีความสำคัญ เกิดความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจในตนเอง (Winefield & Harvey, 1994)

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลในสังคม ทำให้รู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้อบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987) การสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นนั้น จะต้องมาจากแหล่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น และจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ซึ่งแบรนดท์และไวท์เนอร์ (Brandt & Weinert, 1985) ได้แบ่งประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 11 แหล่ง คือ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน บุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน และแหล่งอื่นๆ ซึ่งศิริินภา นันทพงษ์ (2542) นำแนวคิดนี้ไปศึกษา ในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่พบมาก ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา และพระหรือนักบวช ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแล และลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น (ศิริินภา นันทพงษ์, 2542 ; ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลในระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีภูมิลำเนาอยู่ตามท้องถิ่นที่โรงพยาบาลนั้นๆ ตั้งอยู่ เช่น โรงพยาบาลเชิงคำ เป็นต้น ซึ่งแหล่งการสนับสนุน

ทางสังคมอาจจะมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานจิตเวชในโรงพยาบาลเชิงคำ จึงมีความสนใจที่จะศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วย มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐาน ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ ด้านการสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และเพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนช่วยเหลือ การดูแล ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

คำถามการศึกษา

1. การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งใดบ้าง

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลหลัก ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาได้รับการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชิงคำ อำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือน เมษายน 2545 ถึง มิถุนายน 2545

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความช่วยเหลือ ประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้

เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542)

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) และอยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน ที่มารับการตรวจที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็น สามี ภรรยา บิดามารดา บุตร หลาน พี่ น้อง หรือญาติ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีทั้งหมด 11 แหล่ง ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน บุคคลที่มีปัญหาคล้ายกัน และแหล่งอื่นๆ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์แหล่งสนับสนุนทางสังคมของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542)