

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 0.5 - 1 ของประชากรทั่วไป พบได้ในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542) สำหรับในประเทศไทยประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท และเป็นสัดส่วนที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตอื่น ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2540) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้นมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ต่าง ๆ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพ และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม ซึ่งเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าโรคจิตเภทมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีกก็มีเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2536)

จากการศึกษาของเบ็คเกอร์ (Baker, 1989) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียได้หลายประการ เช่น สูญเสียความมีสุขภาพอนามัยที่ดี สูญเสียการควบคุมหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสูญเสียสัมพันธภาพในสังคม ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่าย และสิ้นหวังได้ นอกจากนี้ สาเหตุของความสัมพันธ์นี้อาจเป็นผลมาจากความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองบกพร่อง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์และคุณค่าในตัวเอง รู้สึกว่าไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ความตั้งใจเสียไป ไม่มีแรงจูงใจ รู้สึกหมดเรี่ยวแรง และหมดอนาคต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การที่ผู้ป่วยคิดว่าต้องพึ่งยา ทำให้ไม่มีความมั่นใจ

ในตนเอง รู้สึกว่าตนมีศักยภาพด้อยลง ในด้านการดูแลตนเองแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้เองทุกเรื่องแต่จะไม่สามารถปฏิบัติให้มีคุณภาพได้เท่ากับคนทั่วไป ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson, 1998) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ คิดว่าตนไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ ขาดอิสรภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ประกอบกับการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง และมักถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุเกิดอาการกำเริบ ทั้งนี้ เนื่องจากสภาพจิตใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะค่อนข้างเปราะบางและถูกกดดันได้ง่าย จากรายงานพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 2 – 6 เดือนถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี สูงถึงร้อยละ 70 (Frisch & Frisch, 1998 อ้างถึงใน ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) ภาวะสิ้นหวังยังส่งผลกระทบรุนแรงต่อความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถึงขั้นทำร้ายตัวเอง ซึ่งสาเหตุด้านจิตสังคมที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตัวเองดังกล่าว ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และต้องการจะหนีจากภาวะทางจิตที่เป็นอยู่ (Friedman, 2002; สนาม บินชัย, 2543) ถึงแม้ว่าเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตนเองได้มากกว่านี้ แต่ก็ยังมองไม่เห็นหนทางว่าจะทำได้อย่างไร (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542) จากผลการศึกษาของฟรีดแมน (Friedman, 2002) พบว่า ร้อยละ 20 – 40 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 – 15 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสนาม บินชัย (2543) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะกระทำสำเร็จ จะเห็นได้ว่าความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในช่วงฟื้นฟูสุขภาพ (Adams & Partee, 1998; Anthony, Cohen, & Farkas, 1990; Deegan, 1998) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงควรต้องให้ความสำคัญและช่วยเสริมสร้างให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความหวัง

ความหวัง เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่พัฒนาขึ้น หรือพ้นจากความรู้สึกถูกกดดัน การคาดหมายดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม เป็นการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคล ความสามารถในการเผชิญปัญหา การมีภาวะสุขภาพจิตดี มีจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิต หรือความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ในทางที่ดี (Miller, 1992) บุคคลทุกคนจะต้องมีความหวังอยู่ระดับหนึ่ง แม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือช่วงระยะเวลาใดในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยก็ตาม (Kubler Ross, 1969 cited in Yates, 1993) เมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ได้แก่ พยายามปฏิบัติตน พักผ่อน และออกกำลังกายตามคำแนะนำ รวมทั้งเริ่มวางแผนในการดูแลตนเอง (McGee, 1984) แต่เมื่อบุคคลหมดหวัง จะพบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง (Miller, 1985)

ถ้าบุคคลที่สภาพร่างกายอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคทางกาย หรือทางจิตเกิดความรู้สึก หมดหวังก็จะมีแต่ความทุกข์ความเจ็บปวด รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตัวเอง และรู้สึกว่าชีวิตหมด ความหมาย ดังนั้น การหวังจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตและความเจริญ (อุบล นิวัติชัย, 2528) ความหวังเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในลักษณะพลวัตร (Vaillot, 1970 cited in Cutcliffe, 1995) โดยเปลี่ยนแปลงตามช่วงอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น ภาวะสูญเสียภายหลังเกิดโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น (Nowotny, 1989; Herth, 1990 ; 1992)

แนวคิดของความหวังเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดของการดูแล (Mayeroff, 1971; Watson, 1979 cited in Stephenson, 1991) และเนื่องจากเป็นที่ยอมรับว่าการดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล ความหวังจึงได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญทางการพยาบาล เพราะพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับความหวังและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Hinds, 1984; 1988; Stephenson, 1991) และการส่งเสริมความหวังเป็นเสมือนกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดทางจิต (Frank, 1968) การส่งเสริมความหวังจึงถูกจัดให้เป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการพยาบาล (Watson, 1979) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งที่จะต่อสู้และเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ และกลับคืนสู่สภาพปกติในที่สุด (Kirkpatrick et al., 1995) ดังนั้น จึงควรกระตุ้นให้บุคลากรด้านสุขภาพ กำหนดบทบาทของตนเองในการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วย เพราะสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง (Kirkpatrick et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของสตอทแลนด์ (Stotland, 1969) ที่พบว่า การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังนั้น กระทำได้ 2 ทาง คือ จัดให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อพูดคุยอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและสามารถพูดคุยถึงปัญหาความต้องการของเขาได้ทุกอย่าง และจัดประสบการณ์ หรือเน้นให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำเร็จของเขา ซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ตรงกับแนวคิดของโซเคนและคาร์สัน (Soeken & Carson, 1987) ที่ว่า ความหวังเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตนเอง และสิ่งแวดล้อม

แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี แต่ส่วนมากจะเป็นการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยฝ่ายกาย สำหรับในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การศึกษาเชิงคุณภาพของเคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในอาสาสมัคร จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 5 วิธี ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ (building

relationships) การช่วยให้ประสบความสำเร็จ (facilitating success) การติดต่อหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ (connecting to successful role models) การจัดการกับการเจ็บป่วย (managing the illness) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน (educating clients and the community) ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยการที่พยาบาลจิตเวชได้มีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท ซึ่งการไม่ทราบข้อมูลดังกล่าวนี้อาจมีผลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การพัฒนาการพยาบาลจิตเวช และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนความหวังกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งรับรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อเป็นการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความหวังกับผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการพยาบาลจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาการสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภท

คำถามการวิจัย

การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภทเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่ออธิบายถึงการสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 แห่ง ตามการรับผิดชอบในแต่ละภาคของประเทศ ซึ่ง ภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ภาคกลาง ได้แก่ สถาบันจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โรงพยาบาลจิตเวชเลย และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2545

นิยามศัพท์ในการวิจัย

วิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความหวังกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม วิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่ผู้วิจัยสร้างจากวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภทของเคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 5 วิธี ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยให้ประสบความสำเร็จ การติดต่อหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ การจัดการกับการเจ็บป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลประจำการที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ หรือเทียบเท่าขึ้นไป และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข