

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ และจากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้ครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และก่อให้เกิดเป็นภาระทางสังคมได้ (ฉวีวรรณ สัตถธรรม, 2541) โรคจิตเภทมีอัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1-1.5 ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1998) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากร ร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2541) กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงมีนโยบายให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่แรกการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวคือสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โดยจะแสดงอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการเรียนรู้ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจถึงระดับที่ทำให้เสียความสามารถในการหยั่งรู้ตัว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอาการทางจิตสงบ ส่วนใหญ่จะยังมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ และความผิดปกติทางจิตที่หลงเหลือนี้อาจมีอยู่ตลอดชีวิต (American Psychiatric Association, 1994) ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบหลังจากถูกจำหน่ายออกไปอยู่ชุมชนได้ ไม่นาน นอกจากนี้สาเหตุอีกประการหนึ่งในการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การที่ครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจหรือขาดการเตรียมพร้อมในบทบาทของผู้ดูแล (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2536) ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ อาจทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้ นอกจากนี้มักเกิดปัญหาในครอบครัวตามมา เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรังมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (Baker, 1989; ชีระ

ลีลันนทกิจ, 2539) ทำให้ครอบครัวต้องมีการะในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากสถิติในปี 2544 ของโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 มีจำนวน 7,489 คน คิดเป็นร้อยละ 56 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2544) บางรายมีการกลับเข้ารับรักษาภายใน 2-6 เดือนถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปีสูงถึงร้อยละ 70 (Frisch & Frisch, 1998) สาเหตุหลักได้แก่ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน (สุพล รุจิรพัฒน์, 2538) ดังนั้นเมื่ออาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้อาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง การดูแลก็จะยิ่งยากมากขึ้นตามลำดับ (จันทร์ประภา ไชยรักษ์, 2536)

นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทก็มักจะมีปัญหาในการปรับตัวที่บ้าน ทำให้เกิดสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกันได้ (ไพรัตน์ พงชาติคุณากร, 2534) ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งค่าพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง (Clausen, 1984; ธนู ชาดิธนานนท์, 2539) ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีการะเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Salleh, 1994) และมีความวิตกกังวลในการดูแล จนก่อ ให้เกิดความเครียดขึ้น (Baker, 1989)

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในอัตราที่สูง และความเป็นเรื้อรังที่ต้องอยู่ในชุมชนก่อให้เกิดผลเสีย และเกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศ ผลเสียต่อผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยต้องอดทนต่ออาการข้างเคียงของยาโรคจิตที่ต้องใช้ในปริมาณที่สูงขึ้นจากเดิม มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดรายได้จากการทำงาน และขาดอิสรภาพ เนื่องจากต้องถูกควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด (Sullinger, 1988) ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า สมาชิกในครอบครัวพยายามแยกตัวจากสังคม เนื่องจากอับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Ip & Mackenzie, 1998) ทำให้ขาดการสนับสนุนจากสังคม หลายครอบครัวต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่ารักษา ค่าเดินทาง (ประไพศรี บุรณางกูร, 2538) และผลกระทบต่อสังคมพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจะควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง เช่น การทำร้ายผู้อื่น (เกียรติภูมิ วงศ์จิตและประภาส อุครานันท์, 2541) และสุดท้าย ผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสิ้นเปลืองงบประมาณของรัฐในการรักษาพยาบาล และจัดบริการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย

แนวทางการรักษาพยาบาลปัจจุบัน ได้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัวมากที่สุด เพื่อครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบผู้ป่วย ประกอบกับการอยู่โรงพยาบาล

นาน ๆ ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย อาจทำให้เกิดสภาพติดโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะขาดความริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว ไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวไม่สามารถเข้ากับสังคมภายนอกและครอบครัวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ (วัชนิ หัตถพนม, 2536)

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการรักษายู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุด และกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนให้เร็วที่สุด ฉะนั้นญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับความเห็นและสังเกตการดูแลรักษาผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ก็จะช่วยให้ผู้ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถอยู่ที่บ้านได้ และช่วยป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำได้อย่างมาก (ฝน แสงสิงแก้ว อ่างใน จวีวรรณ สัตยธรรม, 2539) การที่ญาติเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือและเฝ้าดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีกำลังใจต่อสู้ชีวิต รู้สึกอบอุ่นรู้สึกว่ามีคนห่วงใย รักใคร่ ได้รับการดูแลที่ดี ทำให้มีการฟื้นหายเร็ว (ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตริ, 2530; Lott, 1992) การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรเตรียมตั้งแต่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล (วิมลรัตน์ เกาเรียนไชย, 2538; สมพร รุ่งเรืองกิจ และ กฤตยา แสงวงเจริญ, 2538) ซึ่งพยาบาลจะช่วยให้ญาติสามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของญาติที่ดูแลนั้น จะต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (จอม สุวรรณโณ, 2541)

เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล กรมสุขภาพจิต (2540) ได้พัฒนาเทคโนโลยีการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขึ้น โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการจัดเวชในเชิงรุกให้ญาติและชุมชนยอมรับ และมีโอกาสเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมถึงมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนต่อไป โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลสวนปรุง จึงได้ดำเนินการจัดโครงการการดูแลอย่างมีส่วนร่วม โดยรับผู้ที่เป็นโรคจิตเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ที่เข้ารับการรักษาในตึกสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จนกว่าผู้ป่วยอาการทุเลา โดยจัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นตามแนวทางบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง 4 หัวข้อคือ บริการแรกรับ บริการผู้ป่วยประจำวัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการจำหน่าย และจัดให้ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มต่าง ๆ ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อเป็นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมกลุ่มความรู้เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมกลุ่มความรู้เรื่องความรู้สึกและความคาดหวังของญาติต่อผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี ญาติเกิดการยอมรับและเข้าใจวิธีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ช่วยให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราการกลับป่วยซ้ำ และลดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังได้ โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2541 ถึงเดือนเมษายน 2542 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2543) ผลการดำเนินงานพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลมีโอกาสดำเนินการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ สามารถประเมิน วิเคราะห์ปัญหา ในการพยาบาลได้อย่างชัดเจนขึ้น นอกจากนั้นยังได้มีการจัดกิจกรรมการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมเฉพาะรายบุคคลมากขึ้น อีกทั้งญาติมีโอกาสทดลองปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2543)

จากผลการดำเนินโครงการดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลสวนปรุงได้มองเห็นถึงความสำคัญ จึงได้มอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าโครงการเดิม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยใน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ทางศึกษาค้นคว้าจึงได้พัฒนาโครงการสอนจิตศึกษาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว ทางศึกษาค้นคว้ายังไม่มีผลการประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการ นอกจากมีการศึกษาของ นิสากร แก้วพิลา (2545) ที่ศึกษาถึงความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วม ของศึกษาค้นคว้า โรงพยาบาลสวนปรุงเท่านั้น อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้เป็นการประเมินการดำเนินการของโครงการ แต่เป็นการประเมินประสิทธิผลของโครงการในบางส่วนเท่านั้น การประเมินโครงการจึงจำเป็นต้องได้รับการศึกษาต่อไป

การประเมินความพึงพอใจ เป็นการสะท้อนให้เห็นคุณภาพของโครงการหรือเป็นการประเมินโครงการอีกวิธีหนึ่ง ความพึงพอใจเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกอันสืบเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ของคน ๆ หนึ่ง ริสเซอร์ (Riser, 1975) ได้กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ สัมพันธภาพที่จริงใจของผู้ให้บริการและสัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ ซึ่งถ้าผู้รับบริการได้รับบริการตรงตามความคาดหวัง และบริการนั้นมีความเป็นที่ยอมรับก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังที่อดี้และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson as cited in Aday, Andersen, & Flieming, 1980) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการ

เข้าไปใช้บริการในสถานบริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวก 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงาน 3) ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และ 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ดังนั้นการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายใต้โครงการญาติมีส่วนร่วม จัดได้ว่าเป็นการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุงวิธีหนึ่ง ที่ให้อีกโอกาสผู้ประเมินภายหลังจากที่ได้รับบริการไปแล้ว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อบริการแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลแบบญาติมีส่วนร่วม โดยผสมผสานกับความต้องการของผู้ใช้บริการไว้ด้วยกันเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง ที่ได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล

คำถามของการศึกษา

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง โดยรวมและรายด้านเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วม ที่ได้รับ ณ ดิกรักษา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่เกิดจากประสบการณ์ที่เข้าไปใช้บริการพยาบาล และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแลในด้านความสะดวก การประสานงาน อธิยาศัยความสนใจ ข้อมูลที่ได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่าย โดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของอเดย์และแอนเดอร์สัน ที่พัฒนาโดย พวงทอง ตั้งธิตกุล (2542)

การบริการพยาบาลแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางบริการของโรงพยาบาลสวนปรุงที่จัดให้ ได้แก่ บริการพยาบาลแรกรับ บริการผู้ป่วยประจำวัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการจำหน่าย ผสมผสานกับการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และทัศนคติกับผู้ป่วยดีขึ้น ร่วมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามความสามารถของญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติ ร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ในขอบข่ายความสามารถที่ญาติกระทำได้