

บทที่ 1

บทนำ



โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอัตราการเป็นโรคสูงถึง 1-2 % ของประชากรโลก⁽¹⁾ ในปี 1993 WHO พบว่าผู้ป่วยโรคจิตในโลกรวมมีประมาณ 300 ล้านคน และจำนวนมากกว่า 50 ล้านคน เป็นโรคจิตชนิด Schizophrenia ⁽²⁾ จากสถิติในประเทศไทยโรคจิตเภทเป็นโรคที่ติดอันดับหนึ่ง ของจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศรีธัญญาปี 2534 มีจำนวน ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 66.37 ⁽³⁾ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นปี 2536 ร้อยละ 50.49 ⁽⁴⁾ โรงพยาบาลสวนปรุงปี 2538 ร้อยละ 69⁽⁵⁾

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง ในอดีตพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภท มักต้องอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต⁽⁶⁾ ค่อมงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้เปลี่ยนแปลงสู่แนวโน้มของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสากล ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ.1955⁽⁷⁾ มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยรักษาตัวในครอบครัวและชุมชน ถ้าจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลให้พยายาม ใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุด และรีบจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว. ซึ่งตรงกันข้ามกับสมัยก่อนที่มักจะรับผู้ป่วยไว้รักษาอย่างยาวนานหรือตลอดชีวิต เรียกแนวโน้มการรักษาแบบนี้ว่า “Deinstitutionalization” เป็นผลจากความต้องการให้ผู้ป่วยโรคจิตมีความเป็นมนุษย์มากขึ้น ลดการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีขอบเขตจำกัด และลดความแออัดของผู้ป่วยที่มีมากเกินไปถึงเจ้าหน้าที่จะดูแลได้ทั่วถึง⁽⁸⁾ ดังแนวคิดของ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งจิตเวชศาสตร์ ที่มีความคิดว่าหากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็น และได้สังเกตดูแลรักษา ตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้วญาตินำเอาวิธีการปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยคือ ถ้าจำเป็นก็กลับมา ปรึกษาและรักษา เป็นครั้งคราวจะได้ผลดีและลดอัตราการป่วยซ้ำได้อย่างมาก

แนวทางในการรักษาที่มุ่งเน้นให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการรักษาและการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น มีคุณค่ามีคุณค่ามีความต้องการและมีคนห่วงใย แต่การรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย⁽⁹⁾

ทั้งด้านความเครียด ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย จากอาการของโรค ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมการขาดความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย ในด้านความรู้ ความเข้าใจ เมื่อผู้ดูแลเผชิญ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้มีการสื่อสารและแสดงอารมณ์ ต่อผู้ป่วยในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้⁽¹⁰⁾

จากการศึกษาถึงสาเหตุการป่วยซ้ำซ้อนของคนไข้จิตเภท ⁽¹¹⁾ พบว่าขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาซ้ำ ร้อยละ 56.67 มีปัญหาขัดแย้งกับคนในครอบครัว

จากการศึกษาภูมิหลังทางด้านจิตวิทยา ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าลักษณะความสัมพันธ์ที่แสดงออกจากพ่อของผู้ป่วย ร้อยละ 47.68 เป็นแบบข่มขู่ ใช้อำนาจ และหาเรื่องทะเลาะ ⁽¹²⁾ จากการวิจัยเรื่อง การจัดกลุ่มบำบัดแบบประทับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สมาชิกบางคนในครอบครัวมีสีหน้าท่าทางไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย⁽¹³⁾

จากงานวิจัยของ Fallon I.R.H. และคณะ ⁽¹⁴⁾ ศึกษาติดตามผู้ป่วยจิตเภท ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลติดตามอาการของผู้ป่วย ระยะ 9 เดือน และ 1 ปี พบว่าในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ที่มีการสื่อสารและแสดงอารมณ์ทางลบต่อผู้ป่วยในระดับสูง ได้แก่ Critical comment, Hostility และ Over involved มีการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 51 เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีการสื่อสารทางบวกแบบ Warmth Concerned attitude และ Supportive Communication มีการกลับเป็นซ้ำของโรคร้อยละ 12

การศึกษาของ Leff ⁽¹⁵⁾ พบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ แบบ High Express Emotion (HEE) นั้นการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในครอบครัว ของ Glaser ⁽¹⁶⁾ ที่ทำการศึกษากการสื่อสารระหว่างบิดา มารดา และบุตรวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จำนวน 10 ครอบครัว เปรียบเทียบกับครอบครัวปกติอีก 10 ครอบครัว ทำการศึกษาโดยใช้ภาพหยดหมึกหลายภาพ เปรียบเทียบลักษณะการสื่อสารในครอบครัวระหว่าง บิดากับมารดา และบิดามารดากับบุตรพบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารที่ผิดปกติกว่าครอบครัว

ที่ไม่มีผู้ป่วย ในด้านการเปลี่ยนหัวเรื่องสนทนาบ่อยๆทั้งที่ เรื่องเดิมยังไม่จบลง นอกจากนี้
 นี้ยังพบว่า ในสภาพปกติที่บิดา มารดาสื่อสารกันความลำพองมีความผิดปกติน้อยกว่าที่บิดา
 มารดาสื่อสารกับบุตร

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดย ใช้คำพูดกำกวม มีการดำเนิน
 วิชาการวิจารณ์ จะทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบเป็นความโกรธเสียใจ สับสนและทำให้ความ
 สามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียว กันของครอบครัว และความสามารถในการปรับตัวในครอบครัว
 ลดลง การใช้คำพูด เชิงลบ หรือ มีเจตนาคติในเชิงลบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดและ
 อาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทได้¹⁷⁾

การสื่อสารที่บกพร่อง ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ขัดแย้ง การทะเลาะเบาะแว้งในครอบ
 ครัว และเมื่อย้อนไปถึงสาเหตุ ⁽¹⁸⁾ของการเกิดโรคจิตเภทด้านจิต-สังคม (Psycho-social)
 นอกจาก

- ความขัดแย้งภายในใจ (Intra psychic conflict)
- ความสัมพันธ์ ในครอบครัวที่เป็นพยาธิ สภาพ(Pathologic family interaction)
- การติดต่อสื่อสารที่เป็นพยาธิสภาพ(Pathologic communication :Double bind) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ตั้งชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ลักษณะของ (Double bind) คือ การสื่อสารที่แสดงถึงความขัดแย้งของความคิดสองอย่าง ที่เป็นเรื่องตรงกันข้าม ตัวอย่าง เช่น มารดา บอกลูกว่าต้องการให้ลูก มีอิสระเป็นตัวของตัวเอง แต่เมื่อมาขออนุญาตออกไป นอกบ้านกลับไม่ให้ไป หรือมารดาบอกให้เด็กเข้ามาถอดมารดา แต่เมื่อเด็กเข้ามาหา มารดาทำท่าทางเมื่อหน่าย แสดงความเฉยเมยห่างเหินกับเด็ก การสื่อสารในลักษณะเช่นนี้ ทำให้เกิดความสับสน ความรู้สึกไม่มั่นคงไม่ทราบว่าจะแท้จริงแล้ว ผู้สื่อสารต้องการอะไร ปฏิกริยาของผู้รับสาร เป็นดังนี้

1. สงสัยว่าคำพูดที่กล่าวมาหมายความว่าอย่างไร
2. เลือกตอบสนองเพียงอย่างเดียว ทั้งอีกอย่างหนึ่งไป
3. รวมทั้งสองอย่างเข้าด้วยกันแล้วแปรความหมายเดียว
4. ทำตนเองให้หลุดพ้นจากสถานการณ์นั้น

เมื่อได้รับการสื่อสารที่ขัดแย้งกันเป็นเวลานาน จะทำให้บุคคลไม่สามารถแยกแยะเหตุผลหรือแปลความหมาย ตามความเป็นจริงได้ถูกต้อง

จากตัวอย่างการสื่อสารที่ได้กล่าวมา การสื่อสารมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคของผู้ป่วยจิตเภท แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการวิจัย ในด้านการสื่อสารที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สรีระวิทยา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เพื่อที่จะทราบว่ามีรูปแบบการสื่อสาร ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นอย่างไร และใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาว่ารูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร ในด้านรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกและรูปแบบการสื่อสารเชิงลบ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาว่าตัวแปรทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและ เจตคติของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไรต่อรูปแบบการสื่อสาร
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลในการทำนายรูปแบบการสื่อสาร
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในด้านการวางแผน ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านการสื่อสาร

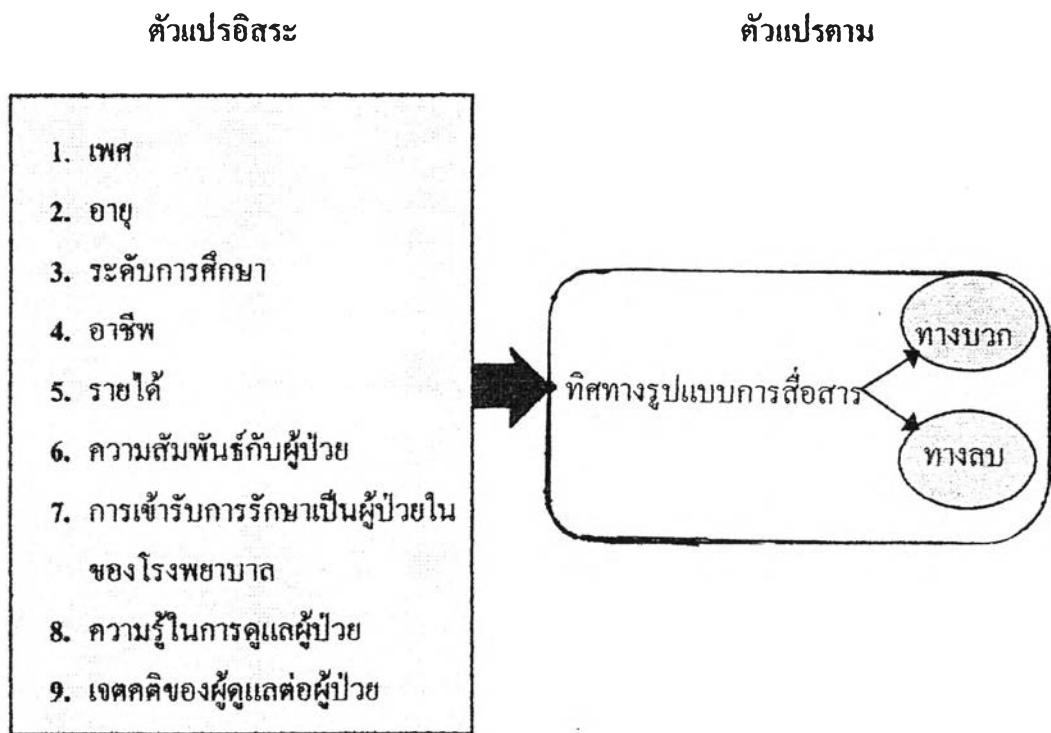
คำถามในการวิจัย

คำถามหลัก : รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไรในแง่ของการสื่อสารเชิงบวกและการสื่อสารเชิงลบ

คำถามรอง : 1.ตัวแปรทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและ เจตคติของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนเกี่ยวข้องกับต่อรูปแบบการสื่อสารหรือไม่อย่างไร

: 2.ตัวแปรใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องและมีผลในการทำนายรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ความรู้ เจตคติ และ รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อจะได้ทราบถึงรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วย
2. เพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสื่อสาร
3. เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านการสื่อสาร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป