

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดื่มสุรานั้นนิยมดื่มกันอย่างแพร่หลาย ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับทางเศรษฐกิจ (ศูนย์วิจัยยาเสพติด, 2544) เนื่องจากผู้ดื่มสุราชื่นชอบผลที่จะตามมา เช่น ดื่มสุราแล้วทำให้มีความกล้า คิดว่าการดื่มสุราเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ดื่มแล้วทำให้สบายใจและนอนหลับง่าย (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) สุราเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายหาซื้อได้ง่าย ถึงแม้จะมีการณรงค์ไม่ให้ดื่มสุราก็ตาม ก็ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ติดสุรา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) เช่น สหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าผู้เสพสุราถึงร้อยละ 85 ของประชากรทั้งหมด (Kaplan & Sadock, 2000) และพบความชุกในประชากรที่ติดสุราสูงถึงร้อยละ 55 (Kessler et al., 1994 อ้างถึงใน อัจฉรา พองคำ และคณะ, 2547) สำหรับประเทศไทย การดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบว่าในปี 2544 คนไทยไม่น้อยกว่า 1.5 ล้านคน ดื่มสุรามากกว่า 20 วันต่อเดือน ทำให้ถูกจัดว่าเข้าข่ายติดสุราและในปี 2546 มีผู้ติดสุราเพิ่มขึ้น 1.8 ล้านคน และในปี 2547 พบว่า คนไทยดื่มสุรามากกว่า 16 ครั้งในแต่ละเดือน จนถึงดื่มทุกวันมีถึง 3.1 ล้านคน (ชินนุทัย กาญจนะจินดา, 2549) และจำนวนร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ดื่มสุราเป็นประจำ เพศชายร้อยละ 32.8 เพศหญิงร้อยละ 3.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) การดื่มสุราเป็นประจำ มีผลทำให้ติดสุรา ต้องใช้เวลานานกว่าจะเลิกได้หรือมีโอกาสเลิกสุราได้เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น (Schuckit, 2000 อ้างถึงใน รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2547) อีกทั้งการติดสุรายังส่งผลทำให้เกิดโรคจิตจากสุราถึงร้อยละ 43 (McKenna, 1997 cited in Schuckit, 2000) จากสถิติของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังและโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์สระบุรี ในปีงบประมาณ 2544-2548 มีจำนวนผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง 36, 39, 46, 60, 99 ราย และโรคจิตจากสุรา 28, 37, 46, 52, 48 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสระบุรี, 2548) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังและโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

สุราเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ไประยะเวลานานจะเกิดการคิดทำให้ช้าอยู่เรื่อย ๆ อาการที่เกิดขึ้นจะแสดงออกในลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด พฤติกรรม และอาการทางร่างกาย (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) พิษจากสุราสามารถก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจจนกลายเป็นโรคจิตได้ (เสถียร บุระชัย, 2546) ซึ่งเรียกว่า โรคจิตจากสุรา (Alcohol Induced Psychotic Disorder) โรคจิตจากสุราเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เกิดขึ้นขณะที่มีการใช้สุรา

อย่างมากหรือเกิดขึ้นทันทีที่หยุดใช้สุราทำให้เกิดภาวะขาดสุรา (Withdrawal) โดยอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucination) หวาดระแวง (Paranoid) หลงผิด (Delusion) ไม่รู้เวลาสถานที่ บุคคล อาการหวาดหวั่น ความโกรธ ความเศร้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (Psychomotor Agitation) มีความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะเพ้อฝัน ซึ่งผู้ป่วยจะตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนด้วยการทำร้ายตนเอง ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น อาจมีความคิดและพฤติกรรมไม่อยู่ในความเป็นจริง (Impaired Reality Testing) อาการเหล่านี้จะมีโอกาสหายได้ถ้าหยุดดื่ม แต่บางรายอาจไม่หายขาดต้องรักษาต่อเนื่องตลอดไป (เสถียร ชุระชัย, 2546; Kaplan & Sadock, 2000; Shivani & Jeffrey, 2002) นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 2000) เนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพค่อนข้างอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตัวเอง คิดว่าตัวเองด้อยกว่าคนอื่น และปัญหาด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ติดสุรา คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ผู้ติดสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าใจ (เอื้อมเดือน เนตรแจ่ม, 2541; Mueller et al., 1994) นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของโรคจิตจากสุราต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย คือ ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมขาดการสนใจในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดโรคตับอักเสบ ตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หัวใจโต เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Kaplan & Sadock, 2000) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ติดสุรามีส่วนน้อยที่จะมารับการรักษา และส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยโรคทางกายนำมาก่อน เช่น มาด้วยเลือดออกที่กระเพาะอาหาร ทำให้ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิษยวณิช, 2543)

ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดมีอาการเจ็บป่วย และต้องคอยรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อยหน่าย อ่อนเพลีย บางรายมีอาการปวดหลัง น้ำหนักลด (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2537) พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบและใช้เวลาอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังนั้น ย่อมส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนัก มีผู้ดูแลมากกว่าครึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากกว่าเดิม บางรายเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จนมีอาการปวดท้อง ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้ศึกษาปัญหาความรู้สึทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ความรู้สึกต่าง ๆ ทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กัน เช่น ความรู้สึกโกรธผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ต่อมาก็รู้สึกสงสารเพราะตระหนักว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และในที่สุดรู้สึกเศร้าจากความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกต่าง ๆ จะเป็นพลวัตรกลับไปกลับมาตลอดเวลา นอกจากนี้ยังรู้สึกเครียด

วิตกกังวล กลัว เกิดความทุกข์ จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) และจากการศึกษาของ โสยา กระจุกมูล (2546) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรสตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต้องการผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมต่าง ๆ มากมายของผู้ป่วยเมื่อมีอาการมาจากการดื่มสุรา ซึ่ง จะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด การกระทำของตนเองได้ จึงมีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ ทั้งในครอบครัว สังคม และการงาน อีกทั้งผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามักซื้อสุรามาบริโภคในปริมาณที่ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีผลเกิดอาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวงขึ้น อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น และเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น ทำร้ายตนเอง อุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย อับอาย อ่อนล้า เหนื่อย วิตกกังวล อารมณ์เสีย นอนไม่หลับ และความสามารถในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง จนทำให้ละเลยในการดูแลผู้ป่วย ในบางครั้งมีอาการโกรธ เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) บางครั้งใช้วิธีการกระทำที่รุนแรงต่อผู้ป่วย เช่น ตี ต่อย เป็นต้น (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) บางครั้งไม่สามารถระบายอารมณ์ออกมาได้ ในที่สุดความรู้สึกนี้สะท้อนกลับมาที่ตนทำให้รู้สึกเครียด และเป็น โรคซึมเศร้าในที่สุด (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ สุรพล ไชยเสนา (2540) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ร้อยละ 66.67 มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

โรคจิตจากสุราจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เพราะถึงแม้จะได้รับการรักษา จนอาการทางจิตดีขึ้นและหยุดสุราได้ระยะหนึ่ง แต่ผู้ป่วยมักจะหวนกลับไปดื่มซ้ำ เนื่องจากสุราหาซื้อง่าย จึงทำให้มีโอกาสูงในการกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสุราซ้ำอีก (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และจากการศึกษาของ รัตนา สายพานิช และคณะ (2547) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษากลุ่มบำบัดรูปแบบ Matrix Program ในผู้ป่วยที่ติดสุรา จำนวน 8 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้ารับการบำบัดจนครบ โปรแกรม มีผู้ป่วย 3 ราย กลับไปเสพสุราซ้ำหลังจากบำบัดเสร็จสิ้น และผู้ป่วย 2 ราย เลิกการบำบัด ก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ จะเห็นว่าถึงแม้จะมี โปรแกรมการบำบัดก็ตามผู้ป่วยก็หวนกลับไป ดื่มสุราซ้ำ ดังนั้นจึงต้องเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลติดต่อกันเป็นเวลานานเนื่องจาก ภาวะเรื้อรังของอาการผู้ป่วย จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้วิจัยได้เข้าไปดูแลสุขภาพที่บ้าน ของผู้ป่วย พบว่า สมาชิกในครอบครัว บางคนทำท่าที่รังเกียจ พุดจาไม่สุภาพ คำว่าผู้ป่วย ส่วน มาตรการซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะมีความรู้สึกรักและสงสารผู้ป่วย มีความหวังอยู่เสมอว่าผู้ป่วยจะมีโอกาส เลิกสุราได้ แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ บางครั้งแอบไปซื้อสุรามาดื่มเอง จนมีอาการทางจิต กำเริบซ้ำ มาตรการรู้สึกเป็นทุกข์และพยายามหาวิธีที่จะช่วยเหลือ เช่น ขอร้องหัวหน้าไม่ให้ไล่ลูกชาย

ออกจากงาน พามารับการรักษาประจำ สั่งให้ร้านค้าไม่ต้องขายสุราให้ลูก แม้กระทั่งการทำกิจวัตรประจำวันผู้ดูแลต้องกระทำแทนผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น และจากการปฏิบัติงานมักจะ ได้ยินคำพูดจากญาติเสมอว่า “เป็นอย่างนี้ไม่เป็นอันกินอันนอน” “เหมือนต้องมาเลี้ยงเด็กอนุบาลอีกคน” จะเห็นว่าสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อับอาย และเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เห็นได้จากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) ที่ศึกษาภาระและความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง พบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแล สอดคล้องกับ วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2541) ที่ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วยว่าเป็นภาระ ผู้ดูแลมีภาระในระดับที่สูง จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลไม่เหมาะสม ไม่พึงพอใจในบทบาทของผู้ดูแล และเพิกเฉยที่จะดูแลผู้ป่วยในที่สุด การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสุรา ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาหรือความทุกข์ใจในแต่ละวัน จากความกดดันต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไขหรือให้การช่วยเหลือ มีผลทำให้ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจลดถอยลงตามลำดับ จึงมักมีคำเรียกผู้ดูแลว่าเป็น “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) สภาพร่างกายและจิตใจที่แย่ลงของผู้ดูแล ทำให้ความสามารถในการดูแลลดลง ส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539)

จากการที่ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตจากสุราได้รับผลกระทบดังกล่าว ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา การที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่มากและยาวนานนั้น ทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ดูแลเปลี่ยนไป (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) จากการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า สถานการณ์ที่ผู้ดูแลเครียดที่สุด คือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง และสถานการณ์การจัดการต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลางถึงความเครียดระดับมาก ผู้ดูแลเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหา การแก้สถานการณ์และการลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ และการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) ศึกษาถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองที่บ้าน พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธี คือ การทำใจ การผสมผสานการรักษา ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต โดย เอื้ออารี สาลิกา (2543) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาว่าเป็นกระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในความคิดและการกระทำของ

บุคคล โดยหาวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งมีการใช้ขบวนการทางจิตใจ ในการพยายามที่จะกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ลดความต้องการ หรือความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ากระบวนการเผชิญปัญหาจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดความรุนแรงของปัญหาลงทุกครั้ง และกระบวนการเผชิญปัญหาไม่ได้กระทำเสร็จสิ้นในครั้งเดียว แต่จะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องด้วย วิธีที่หลากหลายตามปัญหาที่เข้ามา ตามสติปัญญา ประสบการณ์ ภูมิหลัง ความสามารถและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นจัดการ ทน ยอมรับ หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น โดยบุคคลที่จะเผชิญปัญหาได้ดี ต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียง กับความเป็นจริง รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา และต้องทราบว่าเมื่อใดควร หยุดใช้ความพยายามเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ไม่เป็นจริงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) หากผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราใช้วิธีเผชิญปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ มีผลทำให้สามารถคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่สร้างสรรค์ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยโรคจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาวะในการดูแล ความเหนื่อยล้า ตลอดจนความต้องการของผู้ดูแล และมีการศึกษาความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ทำให้ทราบถึงระดับ ความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดเท่านั้น ไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจความรู้สึนึกคิดและ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง การวิจัยเชิงคุณภาพจะ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในมุมมองของผู้ดูแลเอง ผู้วิจัยมองว่าการเผชิญปัญหา แต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากสุราในแต่ละบริบทจึงมีความแตกต่างกัน และนอกจากนี้ยัง ไม่มีการศึกษาที่ศึกษาถึง ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในเชิงคุณภาพ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิต ลักษณะของผู้ดูแลและบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ว่าเป็นอย่างไร สถานการณ์อะไรที่ก่อให้เกิดปัญหา เกิดผลกระทบอะไรบ้าง และการเผชิญปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นอย่างไร เพื่อสามารถกำหนดแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตจากสุราอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบ บริการ ส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น ลดปัญหาผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น ในผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ดูแลและบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
2. เพื่อศึกษาถึงปัญหาและผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
3. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะของผู้ดูแลและบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นอย่างไร
2. ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีอะไร และเกิดผลกระทบอะไรบ้าง
3. วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุรา และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี สถานที่ศึกษาอยู่ในเขตความดูแลของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีที่ผู้วิจัยสามารถเดินทางไปได้สะดวกและปลอดภัย ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง ประสิทธิภาพการรับรู้และพฤติกรรมที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เช่น การควบคุมสติ การคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น การหลีกเลี่ยงจากปัญหา การผ่อนคลายจิตใจ เป็นต้น รวมทั้งการกระทำใด ๆ ก็ตามที่ผู้ดูแลใช้ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เช่น การควบคุมการให้ยา การควบคุมการดื่มสุรา และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือบุคคลที่อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่มีบทบาทหน้าที่และรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วย โดยไม่หวังผลตอบแทน

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตจากสุรา เข้ารับการรักษาหรือเคยเข้ารับการรักษากับโรคจิตจากสุราที่ติดผู้ป่วยในและติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

บริบทการดูแล หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยง และ สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในสถานที่นั้น ๆ เช่น ลักษณะความเป็นอยู่ พฤติกรรมของผู้ป่วย และการดูแลขณะอยู่ที่บ้านและขณะอยู่โรงพยาบาล

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หมายถึง ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากผู้ดูแลเองหรือผู้ป่วย ที่มีผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้ การไม่รับประทานยา การรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย เป็นต้น

ผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ รับประทานอาหารไม่ได้ โรคประจำตัวกำเริบ เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแล ได้แก่ ท้อแท้ ลึนหัว โกรธ กลัว เป็นต้น ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ หนี้สิน ค่าใช้จ่าย เป็นต้น และผลกระทบทางด้านครอบครัวที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาการสื่อสาร ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสะท้อนถึงความต้องการและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราอย่างแท้จริง ลดและบรรเทาปัญหาผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่อาจเกิดขึ้นในผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ดีขึ้น