

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่อง โรคจิตจากสุรา ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตจากสุรา และการเผชิญปัญหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรา (Alcohol Induced Psychotic Disorder) หมายถึง กลุ่มอาการทางจิตที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับการใช้สาร (Substance Related Disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรคทางจิตเวช (The Fourth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder [DSM-IV]) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ Substance use Disorder และ Substance Induced Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) โดยผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะเป็นผู้ที่มีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิดเด่นชัด โดยอาการทางจิตจะเกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษสุรา (Alcohol Intoxication) หรือมีอาการที่เกิดขึ้นหลังจากภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) (Kaplan & Sadock, 2000) อาการยังคงอยู่ได้เป็นระยะเวลาสั้น บางครั้งอาจจะมีอาการคงเป็นเดือนหลังจากหมดภาวะพิษสุรา (Alcohol Intoxication) ลักษณะอาการที่พบได้บ่อย คือ มีการรับรู้ผิดเพี้ยนไปทางระบบประสาทส่วนการได้ยิน เช่น หูแว่ว (Auditory Hallucination) ได้ยินเสียงคนกล่าวร้าย เสียงข่มขู่ ผู้ป่วยจะตอบสนองกับเนื้อหาของหูแว่วที่ได้ยิน มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวโดยอาจมีการเคลื่อนไหวมากหรือน้อยลง เกิดความหวาดกลัว คั่นตระหนก กระสับกระส่าย และความเศร้าใจเกิดขึ้น อาจพบอาการประสาทหลอนชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น เห็นภาพหลอน นอกจากนี้อาจมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง หลงผิด มีความคิดว่าถูกคนปองร้าย มีผลให้ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่นตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) อาการของโรคจิตที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะเกิดแบบเฉียบพลันหรือเกิดขึ้นขณะที่ดื่มสุราอย่างมากหรือหยุดดื่มสุรา โดยทั่วไปอาการทางจิต มักเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา (Kaplan & Sadock, 2000; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2547) ช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการ อาจเป็นสัปดาห์หรือเดือนหรือมากกว่านั้น ถ้าเป็นนานเกินกว่า 6 เดือน อาจจะวินิจฉัยเป็น Schizophrenia (Kaplan & Sadock, 2000) อาการทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และอาการจะหายไปถ้าเลิกดื่มสุราได้ อาการ

ของโรคจิตจากสุรานี้จะกำเริบขึ้นอีก ถ้าผู้ป่วยหวนกลับมาดื่มสุราอีก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2547; Kaplan & Sadock, 2000)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคจิตจากสุราพบได้ถึงร้อยละ 43 ของผู้ที่ติดสุรา และมักพบมากในผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุราเกิน 5-15 ปี ขึ้นไป อายุที่พบมากที่สุดช่วง 35 ปี ขึ้นไปถึง 65 ปี จากการสังเกตพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าผู้ชายติดสุรามากกว่าผู้หญิง โดยมีจำนวนผู้ชายร้อยละ 10 และผู้หญิงร้อยละ 3-5 ที่ติดสุรา (Kaplan & Sadock, 2000; McKenna, 1997; มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ซึ่งการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตจากสุราในอนาคตได้

โรคจิตจากสุราจัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเวชที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาคีขึ้น จะหยุดดื่มสุราได้ระยะหนึ่งแล้วมักกลับไปดื่มสุราอีก มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ นอกจากนั้นการรักษาการติดสุราเป็นเรื่องยากกว่าสารเสพติดอื่น เนื่องจากสุราเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย หามาดื่มได้ง่าย พบว่าผู้ที่ติดสุรามีโอกาสเลิกสุราได้ต้องใช้ระยะเวลานานและมีโอกาสเลิกได้เพียงประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสพสุรา มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ และปัจจัยทางด้านครอบครัว และสังคม ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชีวเคมี การทำงานของสมอง และ พันธุกรรม ซึ่งปัจจัยด้านชีวเคมี และการทำงานของสมอง พบว่า สารเอทธานอลในสุรามีฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่จำเพาะต่อ Gamma Aminobutyric Acid (GABA) System ทำให้เกิดการเสพติด ใ้ความต้องการอยากดื่มสุราอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณ เว้นทรัล เท็คเมนทัล เอเรีย (Ventral Tegmental Area) ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วนนิวเคลียสแอ็คคัมเบนส์ (Nucleus Accumbens) บริเวณดังกล่าวนี้มีชื่อว่า เบรน รีวอร์ด ซิสเต็ม (Brain Reward System) ซึ่งในบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญ คือ เอ็นโดจีนียส โอปิออยด์ (Endogenous Opioid) และ โดปามีน (Dopamine) โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราและเกิดโรคจิตจากสุราน่าจะเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท ส่วนปัจจัยด้านพันธุกรรม มีความเชื่อว่าการเสพสุราเป็นโรคทางพันธุกรรม การพิสูจน์ถึงความเกี่ยวข้องของปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการเสพติดสุรา มีหลายลักษณะ เช่น การเปรียบเทียบลักษณะการเสพสุราในคู่แฝดแบบไข่ใบเดียวกัน และคู่แฝดจากไข่คนละใบ พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กับการเสพสุรามากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบระหว่างพี่น้องซึ่งพ่อแม่เป็นแอลกอฮอล์ซึม (Alcoholism) และคู่แฝดที่ถูกเลี้ยงจากบุคคลอื่นกับเด็กที่ถูกเลี้ยงกับพ่อแม่ที่แท้จริงที่เสพสุรา จะมี

การเสพยาต่างกันหรือไม่ โดยดูว่ามีความแตกต่างในการเสพยาระหว่างเด็กทั้งสองกลุ่มนี้พบว่า เด็กในครอบครัวที่ถูกพ่อแม่ที่แท้จริงมีโอกาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังได้มากกว่า 4 เท่าของเด็กในครอบครัวที่ถูกเลี้ยงจากบุคคลอื่น

2. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพและจิตใจ หมายถึง บุคลิกภาพและความสำนึกในคุณค่าของตนเองของผู้เสพยา ซึ่งผู้ที่เสพยาจะมีบุคลิกภาพ ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป กูดเนอร์ (Goodner, 1994) ได้กล่าวถึงบุคลิกภาพของผู้ที่เสพยาไว้ดังนี้

2.1 ความต้องการพึ่งพาและความต้องการไม่พึ่งพา (Dependency and Independency)

บุคลิกภาพของผู้เสพยาจะมีความขัดแย้งระหว่างความต้องการพึ่งพาและไม่ต้องการพึ่งพาโดย จะมีลักษณะเด่นทางด้านความต้องการพึ่งพาเพราะผู้เสพยาไม่สามารถเผชิญกับความขัดแย้ง และจึงต้องเก็บกดความ ไม่ต้องการพึ่งพาหรือความต้องการพึ่งพา เพื่อจะหลีกเลี่ยงกับความขัดแย้ง โดยสุราจะเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้เสพยาบรรเทาจากความขัดแย้งดังกล่าว ดังนั้นผู้เสพยาจึงต้องเสพยาต่อไปเพื่อใช้สุราในการแก้ปัญหาซึ่งเกิดจากความขัดแย้งในเรื่องการพึ่งพาและไม่พึ่งพา

2.2 ความโกรธและความคับข้องใจ (Anger and Frustration) ความโกรธและความคับข้องใจจะพบได้บ่อยในผู้เสพยา ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการพึ่งพาที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ความโกรธมักจะเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถระบายความรู้สึกไม่มีคุณค่า ความล้มเหลว สุราจะทำให้เขาระบายความโกรธและคลายความ โกรธนั้นลดลงได้ และบุคลิกภาพที่พบเหมือน ๆ กันในบุคคลที่ติดสุร คือมีความทนทานต่อความไม่สมหวังต่ำ ความไม่สมหวังเป็นสาเหตุของการไม่สามารถจะเผชิญกับปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งบ่อยครั้งที่จะเป็น สิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่การเสพยาต่อไป

2.3 ความรู้สึกถึงการจะมีอำนาจในการควบคุม (A Feeling of Power) ซึ่งมักจะใช้สุราเป็นตัวกระตุ้น และทำให้ผู้เสพยารู้สึกว่ามีอำนาจชั่วคราว รวมทั้งได้ผ่อนคลายความรู้สึกไม่สมหวัง ความรู้สึกผิด นอกจากนี้ผู้เสพยายังต้องการได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ มีคุณค่าและความต้องการการยอมรับนับถือ แต่ความรู้สึกนี้มักไม่สมหวัง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาอีกครั้ง

2.4 การตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (Underlying Depression) ความรู้สึกซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุเริ่มต้นของการเสพยา หรือเป็นสาเหตุของการเสพยาจำนวนมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้เสพยาพบว่า การเสพยาของตนเองทำให้สัมพันธ์ภาพของตนกับบุคคลอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไปและภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุของการเสพยาต่อไป นอกจากนี้สุราช่วยปิดบังภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้เสพยา มีความรู้สึกซึมเศร่าลดลง ความรู้สึกสบายจากการเสพยาทำให้ผู้เสพยาหวนกลับไปเสพยาอีก สุราจึงทำให้ภาวะซึมเศร้าหายไปเป็นครั้งคราว ซึ่งพบว่าหากเลิกเสพยา ระดับความ

ซึมเศร้าของผู้เสพยาจะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากผลของการนำความโกรธที่ตนเองมีอยู่เข้าสู่ตนเอง

3. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (Family & Society) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม การเสพติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานทำ ภาวะยากจน ความขัดแย้งของคู่ภรรยา ความเครียดจากงาน เด็กเรียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ หรือทำตัวเหมือนกับกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา ซึ่งเกิดจากการทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การใช้สุราและการติดสุราในภายหลังมีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยรับมาก่อน เช่น บิดามารดาดื่มสุรา เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเสพติดสุราซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติของการดื่มสุรานั้น สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดหลัก 3 แนวคิด และสรุปปัจจัยเหตุได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ด้านบุคลิกภาพและจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันจนไม่สามารถจะบอกได้ว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเสพติดสุรามากที่สุด อย่างไรก็ตามมักจะพบว่าผู้ที่ติดสุรานั้นในระยะแรกมักดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมหรือเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาในชีวิตประจำ หลังจากนั้นก็จะดื่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดก็นำไปสู่การเป็นโรคจิตจากสุรา

ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุราเป็นการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วยระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มสุราทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อมีการดื่มสุรา จะมีการดูดซึมแอลกอฮอล์เข้าสู่กระแสเลือด ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์จะสูงที่สุดภายใน 60 นาทีหลังจากดื่ม หากดื่มต่อเนื่องเป็นปริมาณมาก ร่างกายจะมีกลไกป้องกันการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด โดยมีการหลั่งสารเมือกเพื่อเคลือบกระเพาะอาหาร และมีการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อหูรูด (Pyloric Valve) ไม่ให้เคลื่อนที่ไปยังลำไส้ นอกจากนี้ยังเกิดการบีบเกร็งกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณนี้ ทำให้เกิดอาการอาเจียน ร้อยละ 90 ของแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญด้วยขบวนการ Oxidation ที่ตับ เหลือร้อยละ 10 ที่ไม่ถูกเปลี่ยนแปลงและถูกขับออกทางไตและปอด การดื่มจะเพิ่มการสะสมของไขมัน และโปรตีนทำให้เกิด Fatty Liver เมื่อตรวจร่างกายจะพบว่าตับโตขึ้น การดื่มยังสัมพันธ์กับโรคตับอักเสบ และตับแข็ง ทำให้เกิดโรคที่ลำไส้ การดื่มนาน ๆ ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็ก และตับอ่อนอักเสบ การดื่มมากและนานจะทำให้ความสามารถในการดูดซึมวิตามิน และ Amino Acid น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจะขาดวิตามินบี (Stephen & Jerrold, 2000) เมื่อลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มสุรา จะมีอาการถอนยาเกิดขึ้น เช่น ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง จะเกิด

อาการสั้น ภายใน 12 ชั่วโมง จะเกิดอาการทางจิต ภายใน 24 ชั่วโมง จะเกิดอาการชักเกร็งกระตุก และภายใน 72 ชั่วโมง จะเกิดภาวะที่อันตรายที่สุด นั่นคือ เพ้อสับสน (Delirium Tremens) เป็นอาการที่สำคัญมาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่คาดการณ์ไม่ได้ อาจเป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและผู้อื่น ลักษณะสำคัญ คือ เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากหยุดหรือดื่มน้อยลง นอกจากนี้การดื่มสุรามาก ๆ เป็นเวลานาน จะมีความเกี่ยวข้องกับการที่สมองถูกทำลายอย่างถาวร และสมองเสื่อม (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542; Kaplan & Sadock, 2000; McKenna, 1997)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผลจากการดื่มสุราที่ทำให้เกิดอาการมาจะมีการแสดงทางอารมณ์ คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา คือ ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความกังวล และซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) จากการศึกษาของ เอ็มเมียน เนตรแหม (2542) ที่ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เสพติดสุราภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 90 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราของ ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) พบว่า ร้อยละ 11.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ติดสุรามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 10-15 (Kaplan & Sadock, 2000) ส่วนการศึกษาของ รอสโซ และแอมันตัน (Rossow & Amundsen, 1995 อ้างถึงใน พันธุ์ภา กิตรัตน์ไพบุลย์, 2548) พบว่า ผู้ติดสุราที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 2.2-3.4 และจากผล Meta Analysis ของสาเหตุการฆ่าตัวตาย พบว่า อัตราเสี่ยงตลอดชีวิตผู้ติดสุราจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7

3. ผลกระทบทางด้านครอบครัว พบว่า การที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยและมีอาการของโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจ (เอ็มเมียน เนตรแหม, 2541) โดยภรรยาต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจมากขึ้น ในที่สุดภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี และในขณะเดียวกันก็ต้องรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มีผลให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จากผลการศึกษาวิจัยในผู้ที่ติดสุราพบอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวประมาณร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 57 และร้อยละ 13 เกิดอุบัติเหตุการทารุณกรรมในเด็ก เช่น มีการทำร้ายร่างกาย (Naegle & Avanzo, 2001 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ สมพาน, 2546)

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำ มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ เป็นสาเหตุให้กลับไปดื่มสุราอีก เมื่อดื่มสุราจนเมามักขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชอบก่อการทะเลาะวิวาท ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เกิดความสูญเสียทรัพยากรทั้งคนและสิ่งของเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตาย เพิ่มปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง (Sullivan, 1995) และผลจากการกลับไปดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตกลับเป็นซ้ำ หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่รุนแรง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นการดื่มสุรา จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาเรื่องการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ เกิดความผิดพลาดง่าย ขาดงานบ่อย ถูกออกจากงาน เกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาอาชญากรรม เนื่องจากความไม่มั่นคงของอารมณ์และเข้าหาผู้อื่นลำบาก เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจขึ้น ตลอดจนไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูกหลานและครอบครัวได้ (สุทธิ อันตะประเสริฐ, 2531; ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2547) ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาของสังคมทั้งสิ้น

จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมอย่างชัดเจน มีผลทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ซึ่งถ้าหากต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราเป็นระยะเวลานานแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่าง ๆ ตามมา

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลโดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแลไว้ดังนี้

1. ญาติ หรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ซึ่งจำแนกตามระดับอาการช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น หรือผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) ที่ช่วยรับผิดชอบทำกิจกรรมบางอย่างเป็นครั้งคราวให้แก่ผู้ป่วย

2. การให้การดูแลโดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนหรือรางวัล

3. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ภายในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

4. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรค ความพิการ หรือ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ หรือก่อให้เกิดความต้องการดูแล และบำบัดรักษาเฉพาะที่ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยความต้องการ ได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป

วิมลรัตน์ ภู่รวารุณพานิช (2537) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็น สมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้องหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้นแตกต่างจากสัมพันธภาพตามปกติในครอบครัวหรือสังคม เพราะการดูแลนั้น เกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งคุณลักษณะของผู้ดูแลจากการศึกษาของ ชูพาพิน ศิริ โพธิ์งาม (2539) พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรสโสดหรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน มีปัจจัย หลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่ง ๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ใน ข่ายน่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคล คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล ทั้งยังร่วมพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย แรงจูงใจในการช่วยเหลือ ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ที่จะเป็นผู้ดูแล เนื่องจากภาวะในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ให้การดูแล เช่นกัน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความพร่องทางด้านจิตใจ ร่างกาย หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้บุคคลนั้น ไม่สามารถสนองตอบความต้องการด้านพื้นฐานของตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะ โรค ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) กล่าวคือ เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัล

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

จากการที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มีความใกล้ชิด มีความ ห่วงใย มีความเอื้ออาทร และคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มาเป็นระยะเวลานานนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสุราซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีอาการทางจิตและเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องความคิด อารมณ์ และการกระทำต่าง ๆ ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา เช่น ดูแลการรับประทานอาหาร รับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอุบัติเหตุ เนื่องจากการเดินทรงตัวไม่ดี มีอาการสับสนหลงลืม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการช่วยเหลือ (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) บางครั้งมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น พฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางครั้งทำร้ายสมาชิกในครอบครัว การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรม ประสิทธิภาพการทำงานลดลงจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย (เกษม คันทิผลชีวะ, 2542) ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลทุ่มเทแรงกายแรงใจ ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ทํานายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมทางด้านความคิด ระดับการพึ่งพาจะมาก ภรรยาผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุกคามและเป็นความเครียดมาก มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดความเครียดอย่างชัดเจน ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ และหายใจไม่อิ่ม ตามลำดับ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2538) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ถวิล นภาพงศ์สุริยา และคณะ (2543) พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหน่าย พักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่ออาหาร จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม และในทำนองเดียวกับการศึกษาของ วิลเลียม (William, 1994) พบว่า การดูแลผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ดูแลไม่แข็งแรง เหนื่อย อ่อนล้า และนอนไม่หลับ

2. ด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราต้องเผชิญปัญหาด้านอารมณ์ความรู้สึกมากมาย โดยเฉพาะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดกังวลต่อการเจ็บป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งจากการศึกษาของ โสยา ตะกุดมูล (2546) ได้ศึกษาสุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่าร้อยละ 39 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และจากการศึกษาของ อีป และเคนไซร์ (Ip & Kenzie, 1989) ที่ศึกษาการดูแลญาติที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงที่บ้าน โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า ผลกระทบทางด้านอารมณ์ (Emotional Impact) ที่พบมาก คือ ความทุกข์ใจ เนื่องจากพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นร่วมด้วย คือ ความรู้สึกโกรธ และวิตกกังวล กลัวอันตรายที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวและ อาการท้อแท้ หดหวนักพบได้เสมอสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากยังไม่เห็นหนทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเรื่อยมา ส่วนการศึกษาของ ขงภาภา ประเสริฐทรง (2543)

ที่ศึกษาปัญหาความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า จะรู้สึกโกรธผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ต่อมาก็รู้สึกสงสารเพราะตระหนักว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และในที่สุดรู้สึกเศร้าจากความรู้สึกหมดหวัง คือ ความรู้สึกต่าง ๆ จะเป็นพลวัตรกลับไปกลับมา ตลอด นอกจากนี้ สายพิน ลิจิตเลิศล้ำ (2542) ที่ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า สถานการณ์ที่เกิดความเครียดมากที่สุดคือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเอง

3. ด้านสังคม จากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามบทบาทในครอบครัว และสังคม ขาดวินัย ควบคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท ครอบครัแตกแยก เกิดความสับสนวุ่นวาย (Frisch & Frisch, 2000 อ้างถึงใน สุภภรณ์ สมพาน, 2546) ดังนั้นภาระทั้งหมดจึงอยู่กับผู้ดูแล ซึ่งคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้โอกาสที่จะออกสู่สังคมภายนอกและติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นน้อยลง มีการเชิญเพื่อนบ้านมาพบประสังสรรค์ลดลง และไม่มีเวลาพอไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ไม่ไปร่วมในการทำบุญ งานประเพณี หรือไม่ไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดในชุมชน วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกออกสังคม (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2539)

4. ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสุราหาซื้อได้ง่ายและเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย ดังนั้นนอกจากค่าการรักษาพยาบาลแล้ว หากผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา กลับไปอยู่ในสภาพเดิมที่มีการขี้ยาต่าง ๆ โอกาสกลับไปดื่มมีมาก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายตรงส่วนนี้มาก และผู้ดูแลบางรายจัดสรรเวลาทำงานไม่ได้ ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2547; เวทีนี้ สุขมาก และคณะ, 2544) อีกทั้งโรคจิตจากสุรา เป็นโรคจิตเรื้อรัง มีโอกาสมาเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง หากยังมีพฤติกรรมดื่มสุราอีก ก็มีโอกาเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงมาก มีผลทำให้เกิดความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การรับประทานยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังคอยเฝ้าดูแลไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา หลบหนีออกจากบ้าน ไปดื่มสุรา รวมถึงการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว อาการประสาทหลอนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งการดูแลเหล่านี้เป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ทำให้การติดต่อสังคมลดลง ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลรู้สึกอับอายคนในสังคมที่บุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิตจากสุราและมีอาการทางจิต สิ่งต่าง ๆ ที่มากระทบเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการเผชิญปัญหาเพื่อจัดการกับสถานการณ์ และผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้

การเผชิญปัญหา

ความหมายการเผชิญปัญหา

ในภาวะการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ตลอดจนถึงเร้าภายนอกซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ทำให้เกิดปัญหาขึ้นภายในจิตใจ สิ่งเร้านี้ล้วนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในจิตใจของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมาเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาไว้หลายท่านดังนี้

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งทางภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคาม หรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้

อิกนาตาวิชียส และ เบย์เน (Ignatavicius & Bayne, 1991) ได้อธิบายการเผชิญปัญหาว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือความคิดที่บุคคลใช้เพื่อควบคุมสาเหตุของปัญหาหรือควบคุมความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้น บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลก็จะคัดเลือกวิธีอื่นต่อไป

แคลนเก (Kleinke, 1990 อ้างถึงใน ขวัญเรือน อัครศักดิ์, 2543) ให้คำจำกัดความของการเผชิญปัญหา คือ ความมานะพยายามที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

แฮร์ริส (Harris, 1989) ได้อธิบายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่าเป็นสิ่งสุดท้ายที่บุคคลใช้ในการปรับตัวและเป็นการประนีประนอมของมนุษย์กับสถานการณ์ที่มาคุกคามทำลายหรือมาท้าทาย การเผชิญปัญหาเป็นการพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาก็จะทำให้บุคคลมีความปลอดภัยและเกิดความผาสุกมากที่สุด การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการซ่อนเร้นภายในหรือเป็นกฎระเบียบภายในตัวเองแต่ละบุคคลที่จะใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

เอื้ออารี สาลิกา (2543) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาว่า เป็นกระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในความคิดและการกระทำของบุคคล โดยหาวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งมีการใช้ขบวนการทางจิตใจ ในการพยายามที่จะกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ลดความต้องการหรือความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ

คาสเมเยอร์, มิทเชลล์ และ บีทรัส (Cassmeyer, Mitchell, & Betrus, 1995 อ้างถึงใน มะลิวรรณ เรียงทอง, 2548) ได้อธิบายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่า เป็นกระบวนการทางสติปัญญา

และทักษะที่แต่ละบุคคลใช้เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ไม่ธรรมดา เป็นความพยายามที่บุคคลใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่บุคคลได้ใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างสูงสุดแล้ว กระบวนการเผชิญปัญหาสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการเผชิญปัญหาว่า

1. การเผชิญปัญหาเกิดจากการประเมินสถานการณ์
2. การเผชิญปัญหาสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้
3. การให้ข้อมูลข่าวสารจะมีผลทำให้บุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ
4. บุคคลจะมีการนำเสนอผลของการเผชิญปัญหาไปคิดพิจารณาใหม่
5. การเผชิญปัญหานั้นมาซึ่งความเป็นสุขสงบของสังคมหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลใช้

วิธีการเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่

จากการให้ความหมายของนักวิชาการหลายท่าน สามารถอธิบายพฤติกรรมการเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามของบุคคลอย่างไม่หยุดยั้งที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความต้องการภายนอกและภายใน หรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายไปในทางที่ดี

กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping Process)

การประเมินปัญหาโดยใช้กระบวนการทางความคิดจะเป็นการปรับดุลย์ของคนคนนั้นกับสิ่งแวดล้อมเมื่อมีภาวะคุกคามเกิดขึ้น นั่นคือคน ๆ นั้น จะประเมินว่าภาวะคุกคามนั้นมีอันตรายต่อเขาแค่ไหน และเขามีความสามารถที่จะจัดการ มีทรัพยากรที่จะจัดการกับภาวะคุกคามนั้นได้หรือไม่ในการที่จะลดภาวะคุกคามนั้นลง

ลาซารัส (Lazarus, 1984) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลในการจัดการกับปัญหา เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก มีกระบวนการเผชิญปัญหาแสดงไว้เป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. มีสิ่งที่คุกคามหรือมีสิ่งมากระตุ้น เมื่อใดก็ตามที่มีสิ่งคุกคามหรือกระตุ้นทำให้รู้สึกถึงความหวังหรือความต้องการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มนุษย์จะใช้เวลาพยายามหรือความสามารถในการเอาชนะต่อสถานการณ์ที่คุกคามนั้น เพื่อควบคุมจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้นนั้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่าในตนเอง การสูญเสียสิ่งที่รัก ภัยอันตรายที่เข้าใกล้ ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย เป็นต้น

2. การประเมินสิ่งกระตุ้น การประเมินสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้นมีความสำคัญมาก ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive Process) โดยเหตุการณ์นั้นจะได้รับการประเมิน

ว่ามีความรุนแรง หรือก่อให้เกิดการสูญเสีย การคุกคามและทำลายหรือไม่ เรียกว่า การประเมินระดับต้นหรือปฐมภูมิ และมีการประเมินในระดับทุติยภูมิ เพื่อตัดสินว่าจะใช้แหล่งหรือกลวิธีใดในการเผชิญปัญหา การประเมินโดยใช้กระบวนการทางความคิดมีอยู่ 3 ขั้นตอน (Folkman, 1984) คือ

2.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นมีผลต่อบุคคลอย่างไร ซึ่งถ้าประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดผลใด ๆ (Irrelevant) บุคคลจะไม่แสดงอาการตอบสนองใด ๆ ออกมา และหากประเมินแล้วว่าได้ประโยชน์ (Benign Positive) บุคคลจะตอบสนองในทางบวก คือ ดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นสุขหรือยินยอมที่จะปฏิบัติตาม แต่หากว่าเขาประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตราย (Harm/ Loss) หรือถูกคุกคาม (Threat) หรือเป็นการท้าทาย (Challenge) บุคคลจะหาทางควบคุม หาทางเอาชนะหรือแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ

2.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นรู้ถึงว่าสิ่งที่เผชิญอยู่ เป็นอันตราย (Harm/ Loss) หรือถูกคุกคาม (Threat) หรือเป็นการท้าทาย (Challenge) เขาจะเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยดูจากทรัพยากรที่มีอยู่ ทรัพยากรที่มีอยู่นั้นรวมทั้งทรัพยากรทางด้านร่างกาย เช่น ความแข็งแรงของร่างกาย ทรัพยากรทางด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม ที่จะช่วยสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ ทรัพยากรทางด้านจิตใจ (Psychological Resources) ได้แก่ ความเชื่อ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความมุ่งมั่น คุณค่าในตนเอง และทรัพยากรทางด้านวัตถุ เช่น ฐานะทางการเงิน เครื่องมือ อุปกรณ์ การประเมินในขั้นตอนนี้จะมุ่งหวังไปสู่ผลลัพธ์ที่ออกมาในการเลือกวิธีที่จะเผชิญปัญหา การเลือกวิธีแก้ปัญหาจะนำรูปแบบเดิมที่เคยใช้กับปัญหานี้ได้ผลมาใช้

2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินตามข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปตามผลลัพธ์ที่ออกมาจากการที่เลือกวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Behavior) นั้น ๆ ว่าได้ผลเพียงใดในการจัดการกับปัญหา

3. ความรู้สึกคาดการณ์ หรือทำนาย เมื่อได้รับการประเมินแล้วว่า เป็นสิ่งคุกคามบุคคลจะคาดการณ์ หรือทำนายถึงอันตรายที่จะได้รับทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา การเผชิญปัญหาของบุคคลนั้น จะออกมาในรูปพฤติกรรมซึ่งพฤติกรรมสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล และเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น หรือมีการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีสิ่งกระทบจิตใจ ก็มีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา หรือหมายถึง กลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจ

หน้าที่ของกระบวนการเผชิญปัญหา (Functions of Coping)

โคเฮน ลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984)

กล่าวถึงหน้าที่ของกระบวนการเผชิญปัญหาว่ามี 2 อย่าง คือ

1. มุ่งที่การแก้ปัญหาโดยตรง (Alter the Problem) โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นปัญหา (Problem Focus Coping) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คน ๆ นั้นพยายามจัดการกับสาเหตุของสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง โดยใช้สติปัญญาความรู้ เช่น การหาข้อมูลกับโรคที่เป็นอยู่ การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเองให้มากขึ้น การคิดหาทางแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี การเผชิญกับสถานการณ์ตามความเป็นจริงและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ให้ความร่วมมือในการรักษามีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา เช่น เปลี่ยนกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ตลอดจนขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากบุคคลอื่น

2. มุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (Regulate the Emotional Response) โดยใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional Focus Coping) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คน ๆ นั้นพยายามลด บรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากปัญหาให้น้อยลง เป็นการรักษาสมดุลย์ของอารมณ์ต่อปัญหานั้นโดยใช้ทั้งการปรับพฤติกรรมและปรับความคิดเช่นการปรับพฤติกรรมหันมาดื่มเหล้าหรือเสพยาเพื่อให้ลืมเรื่องนั้นชั่วคราว การปรับความคิดเช่นการมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีประโยชน์ เป็นการให้ความหมายใหม่กับสิ่งที่เกิดขึ้น และอาจใช้กลไกทางจิตใจซึ่งได้แก่การปฏิเสธ (Denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การฝันกลางวันหรือเพ้อฝัน (Fantasy or Daydream) การแยกตนเอง (Self Isolation) การเก็บกด (Repression) การพยายามลืม (Suppression) การขดเซยหรือทดแทน (Sublimation) เป็นต้น

จะเห็นว่าหน้าที่ของกระบวนการแก้ปัญหามีหน้าที่สองประการใหญ่ ๆ คือ การเข้าไปเกี่ยวข้องกับตัวปัญหาโดยสร้างศักยภาพของตัวเองเพื่ออยู่กับปัญหาให้ปัญหาทำอะไรตัวเองได้น้อยลง หรือหาทางลดความแรงของตัวปัญหาลง กับอีกหน้าที่หนึ่ง คือ ไปลดความรู้สึกของอารมณ์ที่มีต่อปัญหา ในความเป็นจริงแล้วคนเรามักต้องการทั้งการจัดการกับปัญหาและทั้งการจัดการกับอารมณ์ของตัวเอง ดังนั้นจึงมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบไปพร้อม ๆ กัน และอาจจะใช้กลับไปกลับมาได้ ทั้งยังพบว่าถ้าหากใช้ Emotion-Focused Coping ได้อย่างประสบความสำเร็จ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ทุกข์ ไม่กังวล ไม่เครียด ก็ทำให้สามารถใช้ Problem-Focused Coping ได้ดีด้วย คือ สามารถใช้สติปัญญา ความรู้ เข้าไปจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีด้วย แต่ถ้าหากคน ๆ นั้นมุ่งแต่ปรับที่อารมณ์ นำกลไกทางจิตใจมาใช้อย่างน้อย ๆ โดยมิได้มุ่งหวังแก้ปัญหาอาจทำให้ปัญหาลุกลามยิ่งขึ้น เช่น ผู้หญิงที่รู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นหากใช้กลไกทางจิตใจไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นก็อาจทำให้โรคลุกลามขึ้นจนไม่สามารถจะรักษาด้วยวิธีที่มีอยู่ได้

ซึ่งในกรณีนี้ Emotion-Focused Coping จะรบกวนกระบวนการ Problem-Focused Coping โดยส่วนใหญ่แล้วคนทั่วไปมักจะใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบ Problem-Focus Coping เมื่อปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ และมักจะใช้ Emotion-Focus Coping เมื่อปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984)

รูปแบบหรือวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mode/ Strategies)

โคเฮน และลาซาลัส (Cohen & Lazarus, 1982) ได้มีการเสนอวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mode) ดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Information Seeking) เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาค้นพื้นฐานที่สุดที่คนเราจะต้องอยากรู้ว่าปัญหาของเขาคืออะไร อะไรเป็นสาเหตุของปัญหา จะแก้ปัญหานั้นได้อย่างไร แต่ก็มีบางคนที่ไม่อยากรู้ปล่อยให้มันเป็นหน้าที่ของคนอื่น ซึ่งกระบวนการแสวงหาข้อมูลนี้เป็นได้ทั้งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Problem-Focused Coping และ Emotional-Focused Coping ตัวอย่าง เช่น ผู้หญิงที่ถูกข่มขืนจะหาข้อมูลทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในศาลและหาข้อมูลว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อการข่มขืนนี้
2. การกระทำต่อปัญหาโดยตรง (Direct Action) โดยที่จะมีการกระทำเป็นพิเศษหรือกระทำโดยตรงกับตัวปัญหาเป็นได้ทั้งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Problem Focus Coping เช่น การต่อรอง (Negotiating) การปรึกษา (Counseling) และเป็นทั้งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotion Focus Coping เช่น การโต้เถียง (Arguing) การวิ่งหนี (Running Away) หรือลงโทษคนอื่น (Punish Someone)
3. การยับยั้งการกระทำบางอย่าง (Inhibit of Action) ซึ่งสามารถยอมรับให้เป็นวิธีการเผชิญปัญหาได้เช่นกัน
4. การเปลี่ยนวิธีคิด (Intrapsychic Processes) ซึ่งจะใช้กระบวนการทางความคิดมาเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินปัญหาใหม่ (Reappraisal) มองเห็นสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเปรียบเทียบกับตัวเองกับคนที่แย่กว่าและรวมไปถึงการใช้ Defense Mechanisms อื่น ๆ
5. หันไปพึ่งพาคนอื่น (Turning to Others) เป็นการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาเป็นเครื่องมือในการเผชิญกับปัญหา พบว่าผู้ป่วยสามารถทำอะไร ได้ดีขึ้นหากมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อนญาติมิตรอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Problem-Focus Coping หากเป็นการช่วยเหลือด้านที่เกี่ยวกับปัญหา เช่น ช่วยเหลือดูแลทางด้านความเจ็บป่วย หรือ ด้านเงินทอง และหากช่วยทางด้านปลอบประโลม ให้ความรัก ความอบอุ่น ความหวังใจ จะเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotion-Focus Coping

จาโลวicz (Jalowicz, 1981) ได้รวบรวมวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับการควบคุมความรู้สึก และอารมณ์ของตนเอง จากแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของลาซารัส ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 8 รูปแบบดังนี้

1. การเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การคิดวิธีการแก้ไขปัญหาไว้หลาย ๆ วิธี การมองปัญหาอย่างเป็นกลาง การพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การเผชิญกับปัญหา และกระทำไปตามขั้นตอน การเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดหรือปัญหานั้น เป็นต้น
2. การหลีกเลี่ยง ได้แก่ การหนีและหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว การพยายามลืม การไม่ให้ความสนใจ การพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การฝันกลางวันว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้น หรือปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว พยายามปลอบใจตนเอง พยายามหลับให้มากที่สุด การใช้เวลาเป็นตัวช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น และการเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว
3. การมองในแง่ดี ได้แก่ การมีความหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น การดำรงชีวิตตามปกติ ไม่ให้ปัญหามีส่วนรบกวนเท่าที่เป็นไปได้ การใช้อารมณ์ขัน พยายามคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเปรียบตนเองกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การมองสถานการณ์ในทางที่ดี
4. การยอมจำนน ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะรับถ้าสถานการณ์เลวลง การยอมรับสถานการณ์ เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์เพราะคิดว่าเป็นชะตากรรม
5. การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ การวิตกกังวล การระบายความเครียด ออกกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น การดำเนินตนเอง การหากิจกรรมต่าง ๆ ทำโดยไม่คิดให้รอบคอบ
6. การบรรเทา ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำงานหนักมากขึ้นเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การใช้จ่ายที่ทำให้จิตใจสบาย
7. การรับการเกื้อหนุน ได้แก่ การพูดคุยปรับทุกข์กับบุคคลใกล้ชิด การรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถช่วยเหลือได้ การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ
8. การพึ่งตนเอง ได้แก่ การแยกตนเองอยู่คนเดียวเงียบ ๆ การคิดแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ด้วยตนเอง พยายามพิสูจน์ตนเองว่าสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

ในแต่ละสถานการณ์ของปัญหาดังต่าง ๆ ที่มากระทบนั้น บุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน แม้สถานการณ์ที่เจอจะเป็นสถานการณ์เดียวกันแต่ถ้าเวลาแตกต่างกัน ก็อาจใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา โดย ลาซารัส (Lazarus, 1984) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาดังนี้

1. ความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่ามีความรุนแรงมากตนเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้แล้ว บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบแก้ไขด้วยอารมณ์มากที่สุด ส่วนสถานการณ์ใดที่ไม่รุนแรงหรือตนเองสามารถจะเปลี่ยนแปลงบางอย่างได้บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบแก้ไขที่ปัญหา

2. ปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ เช่น ตำแหน่งที่ถูกคุกคาม ความสามารถ หรือศักยภาพในการเผชิญปัญหาแต่ละบุคคลและกฎระเบียบข้อบังคับของสังคม

3. ปัจจัยของแต่ละคน (Personal Factors) ซึ่งแต่ละคนก็มีความเชื่อ (Beliefs) และสิ่งมุ่งหวัง (Commitments) มีประสบการณ์ที่ต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความเชื่อ (Belief) ซึ่งรวมทั้งความเชื่อ โดยทั่วไป เช่น ความเชื่อทางศาสนา และความเชื่อเฉพาะส่วนบุคคล บุคคลจะมีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจการควบคุมตัวเองไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต่างกัน บางคนก็เชื่อปัจจัยภายนอกตน (External Locus of Control) บางคนก็เชื่อในอำนาจแห่งตน (Internal Locus of Control) คนที่เชื่ออำนาจภายในตนมักจะประเมินว่า สถานการณ์นั้นสามารถที่จะควบคุมได้ และสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดี

3.2 ความมุ่งหวัง (Commitments) การที่สถานการณ์นั้นนำไปสู่สิ่งที่คน ๆ นั้นอยากได้มาก คน ๆ นั้นก็มีแนวโน้มจะประเมินว่าสถานการณ์นั้นควบคุมได้

แมคคูบิน และทอมสัน (McCubbin & Thomson, 1996 อ้างถึงใน ถักขณา นาควัชรางกูร, 2542) ได้รวบรวมปัจจัยที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมเผชิญปัญหาในตัวบุคคลไว้ดังนี้

1. ระดับสติปัญญา ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ถึงความเครียด และความสามารถของคนในการเผชิญปัญหา

2. ความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการศึกษา การฝึกฝนและประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา

3. บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล เช่น การเป็นผู้มีอารมณ์ขัน หรือมนุษยสัมพันธ์ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเผชิญปัญหา

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Sense of Mastery) ที่จะสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแล จากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน จากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวในการดูแลเด็กที่เปลี่ยนไต พบว่า ผู้ดูแลประสบกับการทำงานบ้านเพิ่มขึ้น การเดินทาง การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความต้องการดูแลและความยุ่งยากในการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Fedewa & Oberst, 1996)

นอกจากนี้แล้วความเครียดที่เกิดขึ้นยังเกิดเนื่องจากภาวะ โรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย ดังการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความต้องการในการดูแล ไม่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ว่าถูกคุกคามเป็นความเครียดหรือเป็นผลดี แสดงว่า ความต้องการในการดูแลจะมากน้อยเพียงใด จะไม่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แต่ผลการวิจัยพบว่า ความเลื่อมใสในความคิดริเริ่มของผู้ป่วยมะเร็ง มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลว่าเป็นความเครียด แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเลื่อมใสในการคิดริเริ่มมาก สมาชิกในครอบครัวจะยิ่งประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าถูกคุกคามและเป็นความเครียดมาก ซึ่งการเลื่อมใสในการคิดริเริ่ม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสับสน หลงลืม ไม่สามารถสื่อสาร หรือเข้าใจกันได้ดี มีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวน ซึ่งรบกวนการดูแล (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) ส่วน นิตยา ตูพยากร (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติ พบว่า ญาติใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าแบบมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ดังนั้นในขณะที่ญาติดูแลผู้ป่วยก็จะผ่านขั้นตอนการการเผชิญปัญหาได้ดี มีความมั่นใจในการดูแล ก็จะทำให้มีสุขภาพดี มีขวัญดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ เวทีนี้ สุขมาก (2544) ได้ศึกษายุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ สับสน แสวงหา ปรับตัว และหลุด โดยขั้นตอนที่ญาติรู้สึกหลุดเป็นระยะที่ญาติรู้สึกสิ้นหวังในการรักษา และในเรื่องวิธีการเผชิญปัญหาส่วนใหญ่จะเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ส่วน สายพิน ถิชาติเลิศล้ำ (2542) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า สถานการณ์ที่ผู้ดูแลเครียดที่สุด คือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง และสถานการณ์การจัดการต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลางถึงความเครียดระดับมาก ใช้การเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหา การแก้สถานการณ์และการลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ และจากการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2545) ศึกษาถึงประสพการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองที่บ้าน พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธี คือ การทำใจ การผสมผสานการรักษา ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า ยังไม่ได้มีการศึกษาเจาะลึกถึงประสพการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นตามสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง ซึ่งความจริงศึกษาได้จากประสพการณ์ชีวิต เพื่อให้เข้าใจถึงประสพการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มีประสพการณ์ จึงต้อง

ทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิต (Omery & Mack, 1995) ประสบการณ์ชีวิต คือ ทุก ๆ สิ่ง
 ที่แวดล้อมบุคคล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน
 (Schutz, 1970 cited in Streubert & Carpenter, 1999) หรือ สิ่งที่แสดงความเป็นบุคคล ซึ่งเป็นจริง
 ในชีวิตของบุคคลนั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายใน
 และภายนอกของแต่ละบุคคล (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่งการศึกษาประสบการณ์ชีวิต ทำให้
 เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคลอันจะเป็นประโยชน์ในการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐาน
 ความเข้าใจ และการให้การพยาบาลเป็นองค์รวม สามารถตอบคำถามว่าปรากฏการณ์ที่สนใจนั้นว่า
 มีอะไรเกิดขึ้นและเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์
 การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราซึ่งจะทำให้เข้าใจ เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของ
 ผู้ดูแลได้อย่างถ่องแท้ เพื่อประโยชน์สำหรับการพัฒนาระบบบริการ กำหนดแนวทางช่วยเหลือ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป