

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุรา และเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 10 คน ทำการเก็บข้อมูลระยะเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-กันยายน 2549 ในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้ใช้การรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ร่วมกับการบันทึกเทปเสียง โดยเริ่มต้นจากการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลที่โรงพยาบาล และไปสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกที่บ้านผู้ให้ข้อมูล จนข้อมูลอิ่มตัว และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคจิตจากสุรา ส่วนที่ 2 บริบทการดูแลและการเข้ารับบำบัดเป็นผู้ดูแล และส่วนที่ 3 ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคจิตจากสุรา

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจำนวน 10 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 35-68 ปี ก่อนเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง หลังเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และประกอบอาชีพไม่สม่ำเสมอ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาตอนปลายจนถึงระดับการศึกษาปริญญาตรี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต 3-6 เดือน ทุกรายมีประวัติการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง และระยะเวลาการดื่มสุรามากกว่า 10 ปีขึ้นไป สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ มีบางคนทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน เนื่องจากร่างกายไม่มีแรง และยังมีอาการทางจิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะภรรยา 6 ราย และมารดา 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 38-70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ทุกรายมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ก่อนการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและถูกจ้าง หลังการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดิม แต่ลักษณะการประกอบอาชีพไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากลาหยุดบ่อย สภาพการเงินส่วนใหญ่ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 3-6 เดือน

ส่วนที่ 2 บริบทการดูแลและการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

บริบทการดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในแต่ละสังคมไม่แตกต่างกันมากนัก ถึงแม้บริบททางสังคม ความเป็นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราค่อนข้างแตกต่างกัน มีทั้งอาศัยอยู่ในเขตเมืองและ เขตชนบท ลักษณะการตั้งบ้านเรือนจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ผู้ดูแลที่อยู่ในเขตชนบท จะมี ญาติตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ ๆ กัน ส่วนใหญ่ไม่มีรั้วกันระหว่างบ้าน สามารถเดินไปมาหาสู่กันได้ ส่วนผู้ดูแลที่อยู่ในเขตเมืองนั้น มีการดำเนินชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่

หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการทางจิตเรื้อรังหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแล จะให้การดูแลเรื่องการรับประทานยาและอาหาร โดยจัดเตรียมอาหารและยาไว้ และคอยบอก กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจะใช้วิธีการหลายอย่าง เช่น ชู บังคับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในเรื่องกิจวัตรประจำวันผู้ดูแลจะคอยบอกคอย กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เนื่องจากความสนใจดูแลตนเองเริ่มลดลง แต่เนื่องด้วย ภาระงาน บางครั้งต้องปล่อยผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง หรือบางครั้งก็จำเป็นต้องจ้างคนให้มาดูแล แทนเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักหวนกลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจากออกโรงพยาบาลประมาณ 1-2 อาทิตย์ เนื่องจากการชักชวนของเพื่อนที่ทำงาน และตัวผู้ป่วยเองที่เลิกดื่มสุราไม่ได้ ซึ่งผู้ดูแลเอง ก็พยายามควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยดื่มสุราด้วยวิธีการหลากหลาย เช่น เตือน บังคับ ไม่ให้เงิน เป็นต้น แต่ก็ ควบคุมการดื่มของผู้ป่วยไม่ได้ หลังจากที่ได้ดื่มสุราได้ระยะหนึ่ง เริ่มมีอาการทางจิตกำเริบ และมีปัญหา เรื่องการไม่รับประทานยา คิดว่าตนหายจากโรคและไม่ได้เป็นโรคจิต ถ้ามีอาการทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่มีกักร้าว เช่น พุดมากผิดปกติ หรือมีความคิดว่าตัวเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ เดินไปมา ผู้ดูแลจะคอยบอก คอยเตือนเพื่อตั้งให้ผู้ป่วยมาอยู่ในโลกความเป็นจริง แต่ถ้ามีอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น กักร้าวมาก ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว คิดหาจะแวงว่ามีคนมาทำร้าย เป็นต้น ผู้ดูแลจะนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาล

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบทบาท โดยไม่มีทางเลือกเลย และไม่สามารถผลัดภาระ ให้คนอื่นได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ด้วยเหตุผลว่า 1) เป็นหน้าที่ของแม่ ที่มีความรัก ความห่วงใย และความผูกพันทางสายโลหิต และ 2) เป็นหน้าที่ของ ภรรยาที่มีความผูกพันต่อกันฉันท์สามีภรรยา และเพราะความห่วงลูก

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ข้อมูลประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราประกอบด้วย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ประกอบด้วย 1) ปัญหาของผู้ดูแล ที่ไม่มีเวลาดูแลอย่างเต็มที่ และขาดความรู้และทักษะในการดูแล และ 2) ปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เรื่องการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การไม่รับประทานยา และการรักษา ไม่ต่อเนื่อง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก 3) ด้านเศรษฐกิจ และ 4) ด้านครอบครัว ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา คือ 1) สุขภาพทรุดโทรม จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และเมื่ออาหาร 2) โรคประจำตัวกำเริบ จากความเครียด การรักษาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการใช้ร่างกายในการดูแลผู้ป่วย 3) มีการเจ็บป่วยขณะดูแล ด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจเต้น และโรคกระเพาะอาหาร และ 4) ถูกผู้ป่วยทำร้าย จากการที่ผู้ป่วยเมาควบคุมสติไม่ได้

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา คือ 1) อับอาย จากการที่ผู้ดูแลทะเลาะกับผู้ป่วย และจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วย 2) กลัว โดยกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย กลัวอาการของผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น และกลัวดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี 3) โกรธ โมโห จากการถูกผู้ป่วยด่าด้วยคำหยาบ จากที่ผู้ป่วยก้าวร้าวกับลูก และที่ผู้ป่วยเลิกสุราไม่ได้ 4) อึดอัดที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราไม่ได้ 5) ทุกข์กับพฤติกรรมและ โรคของผู้ป่วย 6) ท้อแท้สิ้นหวัง เนื่องจากอาการของโรคไม่ดีขึ้นและขาดคนช่วยเหลือ และ 7) เบื่อหน่ายที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราไม่ได้

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา คือ 1) การสูญเสียรายได้ จากการที่ผู้ดูแลที่ทำงานได้น้อยลง และหยุดทำงาน เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่มาดูแลผู้ป่วย และการเจ็บป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยทำงานได้น้อยลง จนถึงไม่ได้ทำงาน เนื่องจากถูกไล่ออกจากงาน ถูกพักงาน และ ไม่มีคนจ้างงาน นอกจากนั้นผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพค้าขาย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทำให้ไม่มีลูกค้าเข้าร้าน 2) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าจ้างลูกจ้างมาทำงาน ค่าอาหารเสริม ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรา และ

ค่าจ้างคนมาดูแลชั่วคราว และ 3) มีหนี้สิน

4. ผลกระทบด้านครอบครัว ผลกระทบด้านครอบครัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา คือ 1) การพร่องในการทำหน้าที่ในครอบครัว โดยพบการพร่องหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัวที่เอาใจใส่ครอบครัวน้อยลง การพร่องหน้าที่ของบิดาที่ละเลยการดูแลลูก และการพร่องการทำหน้าที่ของมารดาที่ดูแลเอาใจใส่ลูกลดลง 2) ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการทะเลาะวิวาทในเรื่องการดื่มสุรา การไม่รับประทานยาของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับลูกลดลงจากการใช้คำพูดที่รุนแรงของพ่อ และเกิดความแตกแยกของชีวิตสมรส 3) มีการสื่อสารในครอบครัวขาดประสิทธิภาพ โดยพบว่ามีการใช้คำพูดข่มขู่ หยาดคาย ต่อกันระหว่างสามี-ภรรยา และการใช้คำพูดที่รุนแรงของพ่อต่อลูก 4) ความรุนแรงในครอบครัว โดยพบบุคคลในครอบครัวถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย และผู้ป่วยถูกทำร้ายจากผู้ดูแล และ 5) ครอบครัวขาดความสุขเนื่องจากสมาชิกไม่มีเวลาอยู่ด้วยกัน และมีการทะเลาะกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา 9 วิธี คือ 1) การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยการเข้าใจในโรคที่เป็น ทำใจยอมรับสภาพ และการปลงในสิ่งที่เกิด 2) การควบคุมอารมณ์ตนเอง ด้วยวิธีการพยายามสงบสติ และคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่เคยเกิดขึ้น เป็นเรื่องดี ๆ ในอดีตของผู้ป่วย และของตนเอง 3) การจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานยา โดยใช้วิธีการบังคับให้กินยา สอดส่องสิ่งที่แสดงถึงการไม่กินยา หลีกเลี่ยงไม่ให้ยาที่รักษาโรคจิตต่อรองว่าถ้าอยากกินเหล้าก็ต้องกินยา และเตรียมยาให้ง่ายต่อการรับประทาน การควบคุมการดื่มสุรา โดยใช้วิธีลดปริมาณและความแรงของสุราลง ควบคุมการใช้เงิน ควบคุมไม่ให้ร้านค้าขายสุราให้ผู้ป่วย และควบคุมโดยการกักบริเวณผู้ป่วย 4) การหลีกเลี่ยงชั่วคราวจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เป็นแยกออกมาไม่สนใจดูแลชั่วคราว เพื่อหาคนที่ดีกว่า เมื่อสบายใจขึ้นก็กลับมาดูแลใหม่ 5) การระบายอารมณ์ โดยใช้วิธีพูดระบายกับคนใกล้ชิด การร้องไห้ และโดยการตะโกน พูดเสียงดัง 6) การใช้ยาเพื่อให้นอนหลับ 7) การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจ ด้วยการดูโทรทัศน์ เดินห้างสรรพสินค้า และฟังเพลงธรรมะ ทำสมาธิ 8) การหาแหล่งช่วยเหลือ โดยหาแหล่งการช่วยเหลือจากญาติในด้านการช่วยดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านการเงิน และหาแหล่งช่วยเหลือจากโรงพยาบาลในด้านการรักษา/ ดูแล และ 9) การหาที่พึ่งทางใจ โดยการพึ่งศาสนาด้วยการเข้าวัด ทำบุญ สวดมนต์ และการพึ่งไสยศาสตร์ด้วยการใช้น้ำมันต์ สายสิญจน์ การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มี 3 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ และ

เจ้าหน้าที่อนามัย ต้องการความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และ ต้องการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง 2) การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและ เครือญาติ ในด้านการดูแลผู้ป่วยแทนบางครั้ง และการช่วยเหลือด้านการเงิน และ 3) การส่งเสริม อาชีพให้ผู้ป่วย โดยต้องการโอกาสในการทำงานให้กับผู้ป่วย

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล ใน 5 ประเด็นหลัก คือ การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตจากสุรา ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากสุรา การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และความต้องการของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ผู้ดูแลเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ด้วยเหตุผลคือ เป็นหน้าที่ของแม่ และเป็นหน้าที่ของภรรยา โดยผู้ดูแลที่เข้ารับบทบาทด้วยเป็นหน้าที่ของแม่ ซึ่งเป็นแม่ที่มีความรัก ความห่วงใย และมีความผูกพันกันทางสายโลหิต ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมผิดปกติ หรือมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ก็ไม่สามารถมาขวางกั้นความรักของแม่ที่มีต่อลูกได้ การเข้ารับ บทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ตามธรรมชาติของแม่ ไม่มีเงื่อนไขอื่น ๆ อะไรเกี่ยวข้อง เพราะ ความรักของแม่ แม่ยอมทนไม่ได้ที่เห็นลูกตนเองตกอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมาน ถึงแม้ว่าบางครั้ง จะเหน็ดเหนื่อย แต่ก็ไม่เคยทอดทิ้งลูก ส่วนความห่วงใยผู้ป่วย เกิดจากความใกล้ชิดผูกพันในฐานะ ที่เป็นมารดา ความเจ็บป่วยของลูกย่อมทำให้แม่ห่วงใย แม้บางครั้งถูกทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม เนื่องจากมีอาการทางจิต เช่น ดุด่ามารดา เอะอะกั้วร้าว พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นที่ไม่พอใจของ ญาติคนอื่น ๆ เนื่องจากญาติมีความสงสารผู้ดูแล ทนเห็นผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลไม่ไหว จึงอยากให้ผู้ดูแลเลิกดูแล ปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามลำพัง แต่เพราะผู้ป่วยเป็นลูก เป็นสายเลือด ที่ไม่อาจตัดขาดได้ จึงต้องดูแลต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า ผู้ดูแลทุกรายยืนยันที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ยาวนานที่สุด ไม่คิดทอดทิ้งผลักไสให้ผู้ป่วยไปอยู่กับ ผู้อื่น แม้ว่าครั้งก่อนผู้ป่วยจะเคยสร้างความทุกข์ใจให้แก่ผู้ดูแลก็ตาม เนื่องจาก ความรัก ความสงสาร ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา จึงทำให้มุ่งมั่นตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์ (2544) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แม้ว่าผู้ดูแลจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้สูง แต่ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสายเลือดและเครือญาติ ทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ทั้งนี้เพราะตามลักษณะสังคมไทยยัง มีความเข้มแข็งทางสายโลหิต ทำให้ความผูกพันในระบบเครือญาติยังคงอยู่ และตรงกับคำกล่าวของ

รฐา ภูโพนธ์ (2541) ที่กล่าวว่า ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูก ดูแลบิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย

ส่วนผู้ดูแลที่เข้ารับบทบาทด้วยหน้าที่ของภรรยา ที่เกิดขึ้นเพราะความผูกพันกันฉันท์สามีภรรยา และความห่วงลูก โดยความผูกพันฉันท์สามีภรรยา เกิดจากการได้ร่วมทุกข์ร่วมสุข และอาศัยอยู่ด้วยกันมาเป็นระยะเวลานาน มีความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้เกิดความผูกพัน เกิดการห่วงใยกัน เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จึงเป็นหน้าที่ของภรรยาที่จะดูแล ซึ่งความผูกพันระหว่างคู่สมรส พบว่า มีอิทธิพลโดยตรงกับแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ สมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หากมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสามีและภรรยาแล้ว ผู้ป่วยจะได้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงการนำมาซึ่งความสุข ดังนั้นภรรยาจึงเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2546) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลเป็นหน้าที่ของสามีภรรยา ที่ต้องให้การดูแลกันอย่างดี ทั้งยามดีและยามเจ็บป่วย เพราะอยู่ด้วยกันมานาน ความรัก ความผูกพัน ความเสียสละ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันที่มีมาก่อนการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลอยากที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ไม่คิดทอดทิ้งไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง สอดคล้องกับพื้นฐานความเชื่อของสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมของไทยที่ว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ดูแล ได้แก่ บุคคลในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกัน (จอม สุวรรณ โฉ, 2541) ส่วนการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลด้วยความห่วงลูกนั้น ผู้ดูแลในบทบาทที่เป็นทั้งภรรยาและเป็นแม่ไม่อยากจะให้ครอบครัวขาดใครคนใดคนหนึ่งไป ลูกจึงเป็นเหตุผลสามารถยับยั้งใจตนเองได้ ให้หัดทนดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นลูกสามารถลดความตึงเครียดระหว่างพ่อแม่ และสามารถทำให้ครอบครัวมีเสถียรภาพอยู่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ปัญหาของผู้ดูแล และปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัญหาของผู้ดูแล ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของผู้ดูแล คือ การไม่มีเวลาดูแลอย่างเต็มที่ และการขาดความรู้และทักษะในการดูแล โดยปัญหาการไม่มีเวลาดูแลอย่างเต็มที่นั้น เนื่องจากผู้ดูแลมีภาระหน้าที่เดิมที่ทำอยู่ก่อนที่จะเข้ามาเป็นผู้ดูแล อีกทั้งต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยคนเดียว ต้องทำงานคนเดียวเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว จึงมีปัญหาเรื่องจัดสรรเวลามาดูแล เป็นข้อจำกัดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่ผู้หญิงและผู้ชายในวัยทำงานส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้บางครั้งขาดแคลนผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2546) ส่วนปัญหา

การขาดความรู้และทักษะในการดูแลนั้น เนื่องจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลครั้งแรก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล ผู้ดูแลบางรายได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลค่อนข้างน้อย ได้รับการอธิบายจากเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยชัดเจน และผู้ดูแลไม่กล้าที่จะซักถาม เนื่องจากเกรงใจแพทย์และพยาบาล กลัวจะโดนตำหนิ จึงเกิดความไม่ชัดเจนในเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และการสังเกตอาการทางจิต ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจจัดการกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น ไม่ทราบว่าอาการเจ็บของผู้ป่วยแสดงว่าผู้ป่วยสงบลง หรือว่ามีอาการทางจิตอยู่ ไม่รู้ว่าอาการทางจิตรุนแรงขนาดไหนถึงจะต้องพาไปโรงพยาบาล เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรค ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง เช่น กลัวมาก หวาดระแวง คิดว่ามีคนมาทำร้าย มีอาการก้าวร้าวคนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธภรณ์ พุ่มปันคำ (2543) ที่พบว่า มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแล ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจจัดการกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ผู้ดูแลบางรายมีความยากลำบากในการดูแล ในการที่จะขอข้อมูลที่ตนเองอยากทราบจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแล ส่วนการศึกษาของ สลิษา หลิมศิริโรจน์ และนวนฉวี ประเสริฐสุข (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ดีกว่าญาติที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา และความรู้เกี่ยวกับภาวะการผิดคิดแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้

2. ปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ การกลับไปดื่มสุราซ้ำ การไม่รับประทานยา และการรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำเป็นปัญหาที่พบบ่อย หลังจากได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้นและหยุดสุราได้สักระยะหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พลกษชาติคุณากร, 2542) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานานจนติดสุราและมีอาการทางจิตจากสุรา การดูแลผู้ป่วยไม่ให้วนกลับไปดื่มสุราซ้ำ เป็นเรื่องค่อนข้างดูแลลำบาก เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มาช่วยที่อยู่ภายในสังคมได้ และปัจจุบันพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ ผู้คนนิยมดื่มสุรากันอย่างแพร่หลาย สังเกตจากงานเลี้ยงต่าง ๆ มักมีสุรามาประกอบ

การชักชวนจากเพื่อน และคนในสังคมที่นิยมการดื่มสุรา เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มไม่ได้ จากการศึกษาของ เสาวณี วิกัน (2547) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพสุราเกิดจากการอยู่ใกล้แหล่งที่จำหน่ายสุราโดยตรง การมีร้านขายสุราอยู่บริเวณบ้านพักอาศัย และมีบุคคลคุ้นเคยเสนอให้ดื่มสุรา และการอยู่ใกล้แหล่งอบายมุขหรือสถานเริงรมย์ ดังที่กล่าวมานี้เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตจากสุราซ้ำ การกลับไปดื่มสุราซ้ำทำให้มีโอกาสกลับมาป่วยด้วยโรคจิตจากสุราด้วยการทางจิตที่เกิดขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมสร้างความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วยอยู่บ่อย ๆ ส่วนเรื่องการไม่รับประทานยา และการรักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจว่าหายจากโรค และไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับร่วมมือในการรักษา แต่เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมอาการทางจิต จึงจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง โดยการรักษาด้วยยา มี 2 ช่วง คือ ระยะควบคุมอาการ การรักษาในระยะนี้ เพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งอาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะดีขึ้นนั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล และระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากที่ยาอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดยาค่าสุดท้ายที่คุมอาการได้ (Kaplan & Sadock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000) โดยยาต้านโรคจิตจะลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือการเกิดใหม่ (Kaplan & Sadock, 2000) สัมพันธ์กับการศึกษาของ วัชณี หัตถพรหม และคณะ (2529) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุดหรือเพิ่ม/ลดขนาดยาลง มีผลต่อการกลับไปป่วยซ้ำทั้งนั้น ส่วนการศึกษาของ เพชรวิ คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง คือมีการรับยาตามแผนการรักษาต่อเนื่องเป็น กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มยาเอง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลทำการดูแลผู้ป่วยนั้น เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก 3) ด้านเศรษฐกิจ และ 4) ด้านครอบครัว โดยผลกระทบด้านร่างกาย คือ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ และมีอาการเบื่ออาหาร ส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว ก็เกิดโรคประจำตัวเดิมกำเริบขึ้นมา เช่น ความดันโลหิตสูงกำเริบขึ้น มีอาการชาแขนขาจากโรคหลอดเลือดสมอง และข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย การรักษาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการใช้

ร่างกายในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีการเจ็บป่วยขึ้นในระหว่างให้การดูแล เช่น มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น และเป็นโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราเมื่อมีอาการเมามากจากการดื่มสุราจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์ และการกระทำต่าง ๆ ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) และการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัว ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น บางรายเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย จนมีอาการปวดท้อง ไม่มีเวลาดูแลตนเอง (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537) มีเวลาที่เป็นส่วนตัวลดลง สิ้นใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ไม่มีเวลาพักผ่อน หรือผ่อนคลายอารมณ์ ไม่มีเวลารับประทานอาหาร จนกระทั่งโรคประจำตัวกำเริบบ่อย ๆ (นันทพร ศรีนัม, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2542) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลืองานได้ ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ถวิล นภาพงศ์สุริยา และคณะ (2543) พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม และในทำนองเดียวกับการศึกษาของ วิลเลียม (William, 1994) พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง เหนื่อย อ่อนล้า และนอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลถูกผู้ป่วยทำร้ายจากการที่ผู้ป่วยเมาควบคุมสติไม่ได้ จึงถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายให้ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น เอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ และทำร้ายร่างกายผู้ดูแล สาเหตุจากการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกอับอายจากการที่ทะเลาะกับผู้ป่วย และจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย มีความรู้สึกกลัว จากอาการไม่แน่นอนของผู้ป่วย บางครั้งเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการจะกำเริบขึ้นเมื่อไร กลัวว่าอาการผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น และกลัวดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี รู้สึกโมโห โกรธ สาเหตุจากพฤติกรรม การดื่มสุราซ้ำ ๆ ที่ไม่มีวันที่จะเลิกได้ และจากการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อผู้ดูแลและลูก นอกจากนี้ด้วยความอึดอัดใจอย่างมากที่ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราไม่ได้ มีบางครั้งที่ผู้ดูแลควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้จนลงทำร้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้สิ้นหวังเนื่องจากอาการของโรคไม่ดีขึ้นและไม่มีคนช่วยเหลือ คิดว่าไม่สามารถที่จะทำอะไรได้มากกว่านี้ จนในที่สุดผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง

(2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเผชิญปัญหาหลายด้าน ต้องรับภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ความเหน็ดเหนื่อยกายจากการ ไม่สามารถจัดการกับภาระหน้าที่ทำอยู่ให้เสร็จทันเวลา อีกทั้งพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โรคจิตจากสุรา ทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ เปลี่ยนไป นอกจากนี้จากการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่า สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีการทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ทำให้กลัวและไม่กล้าดูแลผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของ สุกศิริ หิรัญขุนทะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีสภาพจิตใจไม่แข็งแรง กลัว วิดกกังวล ไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแล จะส่งผลให้ความมั่นใจในการดูแลลดลง ส่วน ศรีสุรดา วนาลิณ และคณะ (2546) ที่ศึกษาปัญหาอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่า ปัญหาทางอารมณ์ที่พบในผู้ดูแล คือ เป็นห่วง สงสาร เครียดหงุดหงิด โกรธ วิดกกังวล ท้อแท้ อ่อนล้า เศร้า รู้สึกผิด และรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีป และเคนไซร์ (Ip & Kenzie, 1998) ที่ศึกษาการดูแลญาติที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงที่บ้าน โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า ผลกระทบทางด้านอารมณ์ (Emotional Impact) ที่พบมาก คือ ความทุกข์ใจ เนื่องจากพฤติกรรม การผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นร่วมด้วย คือ ความรู้สึกโกรธ และวิตกกังวล กลัวอันตรายที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ กังวลว่าผู้ป่วยจะ ทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว และรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เนื่องจากยังไม่เห็นหนทางที่จะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ ณัฐยา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะ เกิดความผิดปกติทางจิตเวช โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยา จะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และ ความรู้สึกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดา และจากการศึกษาของ เวทีนี สุขมาก (2544) พบว่า เมื่อญาติได้ ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน รักษาแล้วอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ญาติรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และเริ่มหมดแรงที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ทำให้มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) ที่ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลที่มีความหมดหวังในการดูแล จะทำให้ความเข้มแข็งอดทนในการดูแลลดลง ความพยายามที่จะ ดูแลผู้ป่วยลดน้อยลง จะทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบอีกด้านที่เกิดขึ้น คือ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น และเกิดหนี้สิน โดยพบว่า การสูญเสียรายได้ เกิดจากการที่ผู้ดูแลทำงานได้น้อยลง เนื่องจาก ต้องหยุดงานบ่อยครั้ง และบางรายจำเป็นต้องหยุดทำงานที่ทำประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดรายได้เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดสรรเวลามาดูแลผู้ป่วย ได้ บางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัตนา สายพานิชย์ และคณะ, 2547;

เวทินี สุขมาก และคณะ, 2544) นอกจากนี้พบว่า ยังสูญเสียรายได้จากผู้ป่วย เนื่องจากมีพฤติกรรม การดื่มสุราซ้ำ ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและรับผิดชอบการทำงานน้อยลง ทำงานไม่ สม่าเสมอ ลาหยุดบ่อย บางครั้งอยู่ ๆ ก็ไม่ไปทำงาน ถูกพักงาน และถูกไล่ออกจากงานในที่สุด ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างส่วนตัว มักขาดความไว้วางใจจากลูกค้า จึงไม่มีใครว่าจ้างให้ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสูญเสียรายได้จากอาการทางจิตของผู้ป่วย และจากการที่ผู้ป่วยแสดง พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พุดคุยกับลูกค้ามากกว่าปกติและเหนือความเป็นจริง แต่งตัวสกปรก จนไม่มีลูกค้ากล้าเข้าร้าน มีผลทำให้รายได้ลดลง โดยผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา มักจะถูกล้อเลียนจาก สังคมว่าเป็นบ้า (โรคจิต) สังคมรังเกียจไม่ให้อยู่ร่วม ไม่สนใจ (เสาวณี วิกัน, 2547) นอกจากนี้ การสูญเสียรายได้แล้ว ยังมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเพราะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหาร เสริม ค่าจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ค่าจ้างคนมาทำงานแทน ในยามที่ผู้ดูแลไม่สามารถ จัดสรรเวลามาดูแลได้ และสุดท้ายค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้อง แบกรับภาระอย่างหนักในเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลบางรายฐานะยากจน ไม่มีเงินออมเพียงพอ ทำให้เกิด ปัญหาด้านการเงิน และมีภาระหนี้สินตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตใน ระยะเวลาไม่นานจะสามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางจิตเรื้อรัง มักมีความเสื่อมถอยในด้านการงานและทักษะทางสังคม ส่วนการศึกษาของ สุมัทนา แก้วมา (2545) พบว่า การดื่มสุราทำให้ความรับผิดชอบในครอบครัวลดน้อยลง ตื่นสายกว่าปกติ ขาดงาน ถูกหัวหน้าหรือผู้ร่วมงานตำหนิ จากการขาดความรับผิดชอบในการทำงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน และตรงกันกับการศึกษาของ โพรเวนเชนซ์ (Provencher, 1996) ที่ศึกษาผลกระทบ จากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดกำลังจากผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งไม่สามารถทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว การดื่มสุราเป็นประจำนั้น ผู้ที่ดื่มสุราจะต้องเสียเงิน ในการซื้อสุรามาดื่มมากขึ้น ทำให้กลายเป็นปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราทำให้เกิดผลกระทบ คือ เกิดการพร่องการทำ หน้าที่ในครอบครัว เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวขาด ประสิทธิภาพ เกิดความรุนแรงในครอบครัว และทำให้ที่ครอบครัวขาดความสุข โดยส่วนหนึ่งของ หน้าที่ครอบครัวคือ การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม ด้วยการให้ ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว จะทำให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี และ บุคลิกภาพที่มั่นคง (Friedman & McCown, 2003) ส่วนในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิด การพร่องการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยพบการพร่องหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัวที่มีการเอาใจใส่ ครอบครัวลดลง การพร่องหน้าที่ของบิดาที่ละเลยการดูแลลูก และการพร่องหน้าที่ของมารดาที่ดูแล

เอาใจใส่ดูแลลดลง ดังที่ ออลสัน และคณะ (Olson et al., 1983 อ้างถึงใน สุมัทธมา แก้วมา, 2545) กล่าวว่า การที่สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป และการดื่มสุรามีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในเรื่องบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมัทธมา แก้วมา (2545) พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ติดสุรา จะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่เต็มที่ขาดความเอาใจใส่ในสมาชิกครอบครัว ตลอดจนให้การเลี้ยงดูบุตร ไม่เต็มที่ ทั้งนี้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มาก ก้าวร้าว และซึมเศร้า ในที่สุดทำให้เกิดโรคจิตจากสุรา สภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ จึงตกเป็นภาระของภรรยาหรือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแล อีกทั้งต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง สมาชิกในครอบครัวไม่มีความผูกพันในด้านอารมณ์ ทำให้เด็กขาดความอบอุ่น ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวเท่าที่ควร (WHO, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เมอเรีย (Murray, 1998 อ้างถึงใน พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พจนสุนทร และหทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2549) ที่พบว่า การติดสุราเรื้อรังส่งผลให้การบำบัดบาทของการเป็นพ่อแม่ลดลง โดยเฉพาะในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูบุตรลดลง มีผลต่อพฤติกรรมของบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีวัยรุ่นจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมมากที่สุด

ส่วนในเรื่องปัญหาความสัมพันธในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบการทะเลาะวิวาทในเรื่องการดื่มสุราและการไม่รับประทานยาของผู้ป่วย ปัญหาความสัมพันธระหว่างพ่อลูกลดลงจากการใช้คำพูดที่รุนแรงของพ่อที่คิดว่าถูก และทำให้เกิดความแตกแยกในชีวิตสมรส โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย จะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรามากที่สุด (พูนศรี รังสีขจี และคณะ, 2549) เพราะต้องรับบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลครอบครัวแทนผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ต้องคอยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสุราด้วย จากการทำหน้าที่หลายบทบาทบางครั้งทำได้ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; เอื้อมเดือน เนตรแหม, 2541) นอกจากนี้ สุมัทธมา แก้วมา (2545) กล่าวว่า การดื่มสุราอย่างเรื้อรังของผู้ป่วย เปรียบเหมือนมะเร็งร้ายที่คอยกัดกร่อน ทำลายความความสัมพันธในครอบครัว ปฏิกริยาที่แสดงออกต่อกันระหว่างสามีภรรยาภายหลังการดื่มสุรายังก่อให้เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงในครอบครัว ก่อให้เกิดบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นคง ไม่แน่นอนเกิดขึ้นในครอบครัว เป็นเหตุให้ภรรยาของผู้ป่วยเหล่านี้เครียดและคอยปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากพฤติกรรมขณะดื่มและไม่ดื่มของสามี ไม่มีความแน่นอน จนภรรยาไม่อาจคาดการณ์ได้ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากความพยายามของภรรยาที่จะให้สามีหยุดดื่มสุรา หรือดื่มน้อยลงทำให้บรรยากาศของความสัมพันธที่ดีเป็นไปได้ยากลำบาก ความพยายามที่จะเข้าใจกันมีน้อยลง

ความเบื่อหน่ายเข้ามาแทนที่ เสถียรภาพของชีวิตสมรสเริ่มคลอนแคลน มีปัญหาสัมพันธภาพ ครอบครัว เนื่องจากการดื่มสุราส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และภาระของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้พบว่าครอบครัวมีการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพโดยพบการใช้คำพูด ข่มขู่ หยาบคายต่อกันระหว่างสามี และภรรยา และการใช้คำพูดที่รุนแรงของพ่อต่อลูก ซึ่งเป็นความพร่องในการสื่อสารของบุคคลในครอบครัว การศึกษานี้สอดคล้องกับ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) ที่ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องกว่าครอบครัวปกติทั่วไป โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในด้านการสื่อสารและการผูกพันทางอารมณ์ และตรงกันกับการศึกษาของ สุมัฒนา แก้วมา (2545) พบว่า ครอบครัวที่ดื่มสุรามีความสามารถในการสื่อสารน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่ดื่มสุรา เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราประจำจะพูดไม่รู้เรื่อง พูดสับสน หรือมักใช้คำพูดดูค่าสมาชิกในครอบครัวโดยไม่มีเหตุผล จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการสื่อสารและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งการสื่อสารที่แสดงออกมาจากคำพูดระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้ สีหน้า แววตา และท่าทาง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวประหม่นและสื่อสารกลับมาในแบบเดียวกัน แสดงถึงการสื่อสารที่คลุมเครือและอ้อมค้อม ไม่ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย บรรยากาศของการดูแลจึงเป็นไปค่อนข้างลำบาก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ส่วนผลกระทบของความรุนแรงในครอบครัว พบว่า บุคคลในครอบครัวถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ส่วนผู้ป่วยเองก็ถูกทำร้ายจากผู้ดูแล ซึ่งเกิดจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดสติ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา อัจฉรา สกุลตนิยม (2541) พบว่า เมื่อผู้ป่วยดื่มสุรามักมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงและทำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่ให้อภัยบังคับตัวเองไม่ได้ ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีอาการอะละอะอะวาด ทำร้ายสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นโดยไม่มีเหตุผล (กรมสุขภาพจิต, 2545; เสาวณี วิกัน, 2547) ส่วนในเรื่องการทำร้ายผู้ป่วยนั้น เกิดจากความอัดอั้นที่สะสมมานานทำให้ผู้ดูแลควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ จึงระบายออกด้วยการทำร้ายผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542) พบว่าเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งจะใช้คำพูดหรือลงมือกระทำด้วยวิธีการที่รุนแรง โดยกระทำโดยตรงกับผู้ป่วย เช่น ต่อย ตี และคำว่ารุนแรง เป็นต้น

ผลกระทบอีกด้านที่เกิดขึ้นกับครอบครัวคือ ครอบครัวขาดความสุข จากการที่ไม่มีเวลาอยู่ด้วยกัน และจากการทะเลาะกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยครอบครัวที่มีความสุขประกอบด้วย ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน สนิทสนมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เอื้ออาทร มีการพูดจาเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ไม่มีการทะเลาะกัน มีการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างสร้างสรรค์ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน และต้องรู้บทบาท หน้าที่

ความรับผิดชอบของตน (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2540) ซึ่งปกติแล้วไม่มีครอบครัวใดที่ปราศจากปัญหา ครอบครัวส่วนใหญ่จะมีปัญหาครั้งคราว ไม่มากก็น้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละครอบครัว โดยครอบครัวที่สามารถปรับตัวได้ ก็จะเกิดความปกติสุขตามมา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราขาดความสุข จากการที่ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน และคอยมาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจนไม่มีเวลาดูแลลูกและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ลูกไม่มีคนดูแล บางครั้งจำเป็นต้องไปฝากข้างบ้านช่วยดูแลให้ อีกทั้งปัญหาความขัดแย้งยังทำให้สมาชิกในครอบครัวแยกกันอยู่คนละทาง จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวสูญเสียความสุขของครอบครัวไป ซึ่งตรงกับ อาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2547) ที่สรุปว่า ครอบครัวที่ไม่มีความสุขนั้น เกิดจากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่แน่นแฟ้น สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความรัก ความอบอุ่น พ่อแม่ไม่สนใจดูแลลูก หรือเข้มงวด คุ้ยเขี่ยมากเกินไป ทำให้เด็กขาดความอบอุ่น และจากการที่พ่อแม่ไม่รักกัน การไม่ปรองดองของพ่อแม่ ขาดความเอาใจใส่ดูแลกันระหว่างสามี ภรรยา และลูก เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ (2547) พบว่าการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้สูญเสียความสุขของครอบครัวไป โดยขาดการดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

การเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราใช้ มี 9 วิธี คือ การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การควบคุมอารมณ์ตนเอง การจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงชั่วคราวจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การระบายอารมณ์ การใช้ยาเพื่อให้ผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจ การหาแหล่งช่วยเหลือ และการหาที่พึ่งทางใจ โดยจะอธิบายในแต่ละกลวิธีดังนี้

1. การเผชิญปัญหาวัยวิธีการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือ ผู้ดูแลจะใช้เวลาเข้าใจว่าสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น รู้สาเหตุของปัญหานั้นคืออะไร และพร้อมที่จะทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงพยายามหาทางดูแลผู้ป่วยไปเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นลักษณะการเผชิญกับสถานการณ์ตามความเป็นจริงและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การยอมรับความจริงเป็นสิ่งที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น และมีความเข้าใจสภาพของปัญหาตามความเป็นจริง (Carver, Scheir, & Weintraub, 1989; Lazarus & Flokman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษา คอรัน บอส (Doombos, 1997 อ้างถึงใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) ที่ศึกษาปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาโดยการมองผู้ป่วยและเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับ และพร้อมที่จะหาทางดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งเป็นลักษณะการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา โดยใช้วิธีการเผชิญหน้า (Confrontive Coping) และการวางแผนแก้ปัญหา (Planful Problem Solving) สอดคล้องกับ รัชฎา รักรธรรม (2543) ที่ศึกษาเรื่อง

สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลพยายามทำความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย เพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของ อุตัยวรรณ ศรีสำราญ (2547) พบว่า ผู้ดูแลใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการแก้ไขปัญห โดยยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัว จึงพยายามคิดหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยหลาย ๆ วิธี แล้วดูว่าวิธีไหนดีที่สุด เช่น พาผู้ป่วยไปรักษาหลาย ๆ แห่ง นอกจากนั้น ผู้ดูแลใช้วิธีการทำใจยอมรับ และการปลง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ผู้ดูแลใช้ปรับสภาวะทางจิตอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดจากสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเองให้พร้อมที่จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่อไป แต่บางครั้งผู้ดูแลไม่ทราบวิธีที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้อย่างไร จึงปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น และยอมรับความจริงว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ พยายาม ไม่คิดมากเพราะการคิดมากก็ไม่ทำให้เกิดประโยชน์อะไร ซึ่งการทำใจยอมรับและการปลง เป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับถ้าสถานการณ์เลวลง ยอมรับสถานการณ์เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Jalowiec, 1981) ดังนั้นการปลงจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น และหันมาสนใจดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังเช่นการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า การปลง/ การยอมรับสภาพ เป็นการทำให้ของผู้ดูแล เพื่อเป็นการตัดสินใจเล็กน้อย เลิกเศร้า โศกเสียใจ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ไม่ยึดมั่นถือมั่นรู้จักปล่อยวาง พยายามหาเหตุผล มาปลอบใจตนเอง ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญของสถานการณ์ลดลง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปกติ ผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านบวก คือ ยอมทำตามผู้ป่วยเพื่อความสบายใจ และ พยายามควบคุมอารมณ์ เป็นกลไกการปรับตัว เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด การยอมรับตัวเองให้อยู่กับความทุกข์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลคุ้นเคยและแสวงหาแนวทางในการปรับตัวได้ และทำให้ผู้ดูแลหันไปมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพและตามความเหมาะสมต่อไป (สุคติ หิรัญขุนทด, 2541; สกล สิงหะ และลักษมี ชาญเวช, 2548)

2. การเผชิญปัญหาด้วยการควบคุมอารมณ์ตนเอง เป็นการปรับสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลให้คงที่ เพื่อให้เกิดความสบายใจ เกิดการสงบสติลง เป็นการเพิ่มพลังความเข้มแข็งให้ตัวเอง ผู้ดูแลมีวิธีควบคุมอารมณ์ 2 วิธี คือ การพยายามสงบสติ และ คิดถึงสิ่งดี ๆ ที่เคยเกิดขึ้น การพยายามสงบสติ เป็นลักษณะการทำจิตใจให้นิ่ง มีการคิดรู้ หรือ กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความรู้สึกตัว เนื่องจากการเผชิญกับความทุกข์ ทำให้รู้สึกเครียดกระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ เศร้าหมอง มีความทุกข์ต่อเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นการพยายามเตือนสติไม่ให้คิดฟุ้งซ่าน และตั้งสติให้หนึ่ง ใช้เหตุใช้ผลมาวิเคราะห์ในสิ่งที่เกิดขึ้น แล้วมองหาทางออกของปัญหานั้น ๆ ทำให้มองเห็นทางออกของปัญหานั้นได้ ถึงแม้จะมีความทุกข์ใจอยู่บ้าง แต่การมีสติ การสงบสติ เป็นการไม่เปิดให้

ความทุกข์มาครอบงำจิตใจได้นาน (พลภัทร์ โฉ่เสถียรกิจ, 2547) ทำให้ลดบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากปัญหาให้น้อยลง เป็นการรักษาสมดุลของอารมณ์ต่อปัญหานั้น โดยใช้ทั้งการปรับพฤติกรรมและปรับความคิด (Lazarus & Flokman, 1984) ส่วนการคิดถึงอดีตที่ดี ๆ ของผู้ป่วยจากผู้ดูแลที่เป็นมารดา และคิดถึงอดีตที่ดี ๆ ของตนเองในผู้ดูแลที่เป็นภรรยา เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลใช้เมื่อเจอสถานการณ์การดูแลที่มีความเครียด โดยผู้ดูแลจะพยายามปรับเปลี่ยนความคิด พยายามมองหาสิ่งที่นึกถึงแล้วมีความสุขขึ้น เวลาที่นึกถึงจะเกิดความรู้สึกว่าช่วงเวลานั้นเป็นช่วงเวลาที่มีความสุข เป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงจิตใจให้สามารถต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตได้ มีพลังและกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เช่นมารดาของปรีดา จะคิดถึงตอนลูกชายเป็นเด็ก ว่าเป็นคนว่านอนสอนง่าย เรียนหนังสือเก่ง เป็นคนเรียบร้อย ซึ่งสังเกตได้ว่าผู้ดูแลจะยิ้มเมื่อพูดถึงลูกชาย เป็นเพราะความผูกพันของแม่ที่มีความรัก ความห่วงใยให้กับลูกอยู่เสมอถึงแม้ว่าปัจจุบันลูกจะเติบโตหรือแต่งงานแล้ว ระยะเวลาไม่สามารถทำให้ความรักของแม่ที่มีต่อลูกลดลงได้ (ศิริมา มณีโรจน์, 2544) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรณานั้น ใช้วิธีคิดถึงสิ่งที่ดี ๆ ของตนเอง เป็นสิ่งที่น่าจดจำ เมื่อมีความทุกข์ความไม่สบายใจ เป็นการใช้ขบวนการทางความคิดรู้และปัญญา มาเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินปัญหาใหม่ (Reappraisal) มองเห็นสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหา (Lazarus & Flokman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2547) ที่พบว่า การคิดถึงส่วนดีของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดื้อขึ้น ผู้ป่วยยังทำงานได้ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความหวัง ทำให้มีกำลังใจที่จะช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร ตั้งอุดมมงคล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรสมองพิการ พบว่า บิดามารดาผู้ป่วยใช้วิธีคิดถึงส่วนดีของบุตรเพื่อให้สบายใจขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวพยายามสร้างความสมดุลภายในจิตใจ เพื่อใช้ในการแก้ไขโดยการมองสิ่งที่ดีของเหตุการณ์นั้น ซึ่งการคิดถึงอดีตที่ดี ๆ ของผู้ป่วย และคิดถึงอดีตที่ดี ๆ ของตนเอง เป็นการใช้กลไกทางจิตเข้ามาช่วย ด้วยการพยายามลืมความเครียดและคิดถึงสิ่งอื่นแทน เพื่อรักษาภาวะสมดุลในจิตใจ และกลับมาใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาต่อไป (อุทัยวรรณ ศรีสำราญ, 2547) เป็นประเภทหนึ่งของพฤติกรรม การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เป็นการพยายามที่จะลดและบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดเนื่องจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดเท่านั้น ไม่ใช้วิธีที่จะแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง (ละเมียด ยิ้มประพันธ์, 2546; Jalowiec, 1981)

3. การเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา และการควบคุมการดื่มสุรา ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เกินยาของผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายว่าทำอะไร ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ พบว่าผู้ดูแลทั้งที่เป็นมารดาและภรรยาจะใช้วิธี

บังคับให้กินยา สอดส่องสิ่งที่แสดงถึงการไม่กินยา เช่น แอบอมยา คายยา ซ่อนยา พร้อมกับสังเกตอาการทางจิตที่เกิดขึ้น คัดกรองกับผู้ป่วยว่าถ้าอยากกินเหล้าก็ต้องกินยา ส่วนการหลอกล่อว่าไม่ใช่ยา โรคจิตพบว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดาใช้ และเตรียมยาให้ง่ายต่อการรับประทานนั้นพบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะใช้โดยจัดเตรียมยาแยกใส่ซองและแยกใส่กล่องไว้ ส่วนในเรื่องการควบคุมการดื่มสุรา โดยผู้ดูแลที่เป็นทั้งมารดาและภรรยาจะใช้วิธีการลดปริมาณและความแรงของสุรา และควบคุมโดยกักบริเวณ ส่วนการควบคุมการใช้เงินและการขอความร่วมมือจากร้านค้าไม่ให้ขายสุราให้ผู้ป่วยนั้นพบว่า เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลที่เป็นมารดาใช้ ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรรยาไม่ได้ใช้ จะเห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดาจะมีวิธีการจัดการกับผู้ป่วยที่หลากหลาย อาจเป็นเพราะว่าด้วยความรักความผูกพันของแม่ต่อลูก อยากให้ลูกหายจากการเจ็บป่วย จึงหาหนทางที่จะช่วยเหลือลูกอยู่ตลอดเวลา ส่วนผู้ดูแลที่เป็นภรรยาไม่ได้ใช้การเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมการใช้เงินและการขอความร่วมมือจากร้านค้าไม่ให้ขายสุราให้ อาจเป็นเพราะกลัวผู้ป่วยจะโกรธและทำให้เกิดปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัวได้ ซึ่งวิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการเหล่านี้เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อจัดการกับสาเหตุของสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง พยายามจะเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น (Jalowiec, 1981) ลักษณะการเผชิญปัญหาและการกระทำเป็นขั้นตอน มีการเรียนรู้วิธีใหม่ ๆ เพื่อที่จะจัดการกับปัญหานั้น เป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นปัญหา (Problem-Focus Coping) (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2547) ศึกษาถึงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าผู้ดูแลพยายามหาวิธีป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ โดยพยายามควบคุมทุกสิ่งเท่าที่จะทำได้ เช่น การคบเพื่อน การใช้เงิน ส่วนการศึกษาของ วันเพ็ญ ใจปทุม และคณะ (2544) พบว่าวิธีการช่วยเหลือของบิดามารดาที่มีบุตรชายเสพยาบ้า บิดามารดาจะคอยดูแล ควบคุม ติดตาม คอยปลอบ โยนให้กำลังใจ ตรงกันกับการศึกษาของ เวทีนิ สุขมาก และคณะ (2544) ที่ศึกษายุทธวิธีการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ พบว่า ญาติพยายามหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นจะเริ่มค้นหาว่ามีอะไรบ้างที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) ที่พบว่าวิธีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง คือ การจัดการกับสถานการณ์ ได้แก่ การบอกหรือเตือนผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมการดื่มสุรา และการค้นหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหานั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และเรื่องการดื่มสุรา โดยการบังคับ การคัดกรอง การกักบริเวณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ดูแลด้วยความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ต้องการจะช่วยเหลือและยับยั้งสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดให้กับผู้ป่วย จึงพยายามค้นหาวิธีทางที่คิดว่าจะได้ผลต่อผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ตามบริบท

และความเข้าใจของผู้ดูแล ซึ่งอาจจะแสดงออกมาบนพื้นฐานของความวิตกกังวลต่อโรคของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าจากการดูแล หรืออาจเป็นปฏิกิริยาของความขัดแย้งของความต้องการที่จะช่วยเหลือ บางครั้งควบคุมสถานการณ์หรือปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป แต่ไม่ได้รับการตอบสนองตามที่อยากจะเป็น (สกต สิงหะ และลักษมี ชาญเวช, 2548) เป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโรคประสาท (Neurotic Defenses) ส่วนผู้ดูแลที่ใช้การควบคุม (Controlling) เป็นการพยายามที่จะจัดการหรือควบคุมเหตุการณ์ รวมถึงบุคคลในสิ่งแวดล้อม โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลและแก้ความขัดแย้งภายใน เป็นการกระทำที่กระทำเพื่อเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง เป็นกลไกทางจิตที่บรรลุนิติภาวะ (The Mature Defense) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2547)

4. การเผชิญปัญหาด้วยวิธีหลีกเลี่ยงชั่วคราวจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยพบว่าผู้ดูแลเฉพาะภรรยาใช้วิธีแยกออกจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ไม่สนใจเอาใจใส่ว่าผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร ด้วยการหาหมอนที่ตีกว่า การนอนพักผ่อนหรือไปเที่ยวชั่วคราว เมื่อสบายใจแล้วค่อยกลับมาดูแลผู้ป่วยใหม่ จะเห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดาไม่ได้ใช้การเผชิญปัญหานี้ อาจเป็นเพราะด้วยความที่เป็นแม่ แม่จะเห็นคุณค่าจากการดูแล ก็จะอดทนดูแลลูกต่อไป ไม่หลีกเลี่ยงไปไหน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความเสียสละ และความอดทนของแม่ที่มีต่อลูก ส่วนภรณานั้นจะใช้การเผชิญปัญหานี้ อาจเป็นเพราะภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบมาก จึงเลือกวิธีที่ช่วยดูแลตนเองให้สภาพจิตใจดีขึ้น ซึ่งการหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว การพยายามลืมสถานการณ์ การไม่ให้ความสนใจ การหลีกเลี่ยงบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอนมากกว่าปกติ พยายามไม่เอาใจใส่หรือหลีกเลี่ยงปัญหาไป ปล่อยเวลาให้จัดการกับปัญหาไปเอง เป็นการป้องกันปัญหาไม่ให้อารมณ์รุนแรงขึ้นกว่าเดิม (Jalowiec, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่า ผู้ดูแลใช้การหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อลดความเครียดที่กำลังเกิดอยู่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการหลีกเลี่ยงนี้ ช่วยให้ผู้ดูแลได้ประเมินความคิดและเหตุการณ์ ทำให้มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ส่วนการศึกษาของ เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542) พบว่า ผู้ดูแลจะใช้วิธีแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดชั่วคราว และพยายามหลีกเลี่ยงไม่คิดถึงสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2546) พบว่า ผู้ดูแลมักปลีกตัวไปอยู่คนเดียวตามลำพัง เพื่อหยุดพักจากภาระในครอบครัวและภาระในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกดีขึ้นสบายใจขึ้นจึงมาดูแลผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นการใช้กลไกทางจิต ซึ่งเป็นการปรับตัวทางด้านจิตใจช่วยลดความเครียด ความไม่สบายใจ ความคับข้องใจไปในขณะนั้น ๆ ได้ เป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional-Focus Coping ที่ปกป้องให้พ้นจากความวิตกกังวลและลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; ละเมียด ยิ้มประพันธ์, 2546)

5. การระบายอารมณ์ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลเฉพาะที่เป็นภรรยาและผู้ดูแลที่เป็นมารดาไม่ได้ใช้การเผชิญปัญหาดังวิธีนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลที่เป็นมารดาอาศัยอยู่กับผู้ป่วยเพียง

ถ้าฟัง ไม่ค่อยมีเวลาออกไปไหน จึงไม่ค่อยได้พูดระบายอารมณ์กับใคร การที่ภรรยาปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกออกมา ด้วยการพูดระบายกับคนใกล้ชิด การระบายด้วยการร้องไห้ การระบายโดยการตะโกน พูดเสียงดัง ซึ่งการได้ระบายอารมณ์ด้วยวิธีเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลได้ปลดปล่อยความทุกข์ใจและความอัดอั้นออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่า ผู้ดูแลเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนหนึ่งใช้การร้องไห้ เพื่อระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกมา ส่วนการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีตำราญ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ยาเสพติด พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม สมาชิกจะใช้วิธีด่าว่าเพื่อระบายความโกรธ และร้องไห้เพื่อระบายอารมณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542) พบว่า ผู้ดูแลใช้การระบายออกโดยการร้องไห้ ระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด และบางครั้งก็นอนร้องไห้คนเดียว ซึ่ง คาร์เวอร์, ไชย์เออร์ และไวน์ทรอบ (Carver, Scheir, & Weintraub, 1989) กล่าวว่า วิธีการโดยการระบายออกทางอารมณ์ เป็นการเน้นที่ความเครียด และการระบายของทางอารมณ์ด้วยการเพิ่มความตระหนักรู้ต่อความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการระบายความรู้สึกเหล่านั้นออกไป แต่ถ้าหมกมุ่นอยู่กับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ไม่ได้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ถือว่าเป็นการเผชิญปัญหาแบบด้อยประสิทธิภาพ เป็นการมุ่งเน้นที่อารมณ์ที่ไม่สนับสนุนการเผชิญปัญหา

6. การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการใช้ยาเพื่อให้นอนหลับ เป็นวิธีที่จะดูแลตนเองให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และลืมปัญหาต่าง ๆ ได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ศรีตำราญ (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลจะใช้ยานอนหลับและยาระงับประสาท เนื่องจากนอนไม่หลับ นอกจากนี้ การศึกษาของ ปาริชาติ แว่นไวยาศาสตร์ (2543) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า พบว่า ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากวิตกกังวล จึงพึ่งยานอนหลับเป็นบางครั้ง อย่างไรก็ตาม เทเลอร์ (Taylor, 1994) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาด้วยการรับประทานยาแก้ปวดประสาท ยานอนหลับ เป็นการเผชิญปัญหาระยะสั้น (Short-Term Method) ที่มุ่งเปลี่ยนแปลงความไม่พึงพอใจ หรือความโกรธของตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงด้านต้นเหตุของความเครียด ทำให้ลดความวิตกกังวลลงแต่ไม่ได้ช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ได้มีประสิทธิภาพ เป็นการลดความเครียดชั่วคราวเท่านั้น เป็นการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประโยชน์กับตนเอง

7. การเผชิญปัญหาด้วยการทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจ ผู้ดูแลจะมีวิธีการของตนเองในการชักจูงจิตใจหรือความคิดให้ออกมาจากสภาวะการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ โดยพยายามไปสนใจกิจกรรมอื่นแทน เช่น ดูโทรทัศน์ เดินห้างสรรพสินค้า และ ฟังเพลงธรรมะ ทำสมาธิ ซึ่งการเดินห้างสรรพสินค้าจะใช้เฉพาะผู้ดูแลที่เป็นภรรยา และการฟังเพลงธรรมะ/ ทำสมาธิจะใช้เฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดา จะเห็นว่าผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจการควบคุมตัวเอง ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต่างกัน ผู้ดูแลที่เป็นมารดาส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องศาสนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่มีผลต่อการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่

มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะการเผชิญปัญหาเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ โดยการไม่คิดถึงวิธีการที่จะเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เครียด เป็นการใช้กิจกรรมอื่นเพื่อที่จะทำให้ไม่คิดถึงปัญหา (Weisman & Worden, 1976-1977 cited in Cohen & Lazarus, 1982) นอกจากนี้การทำกิจกรรมเพื่อการระบายอารมณ์ เป็นการใช้กลไกทางจิตที่ปกป้องคนเราให้พ้นจากความวิตกกังวล ที่มีสาเหตุมาจากสิ่งที่คุกคามภายนอก หรือแรงผลักดันภายใน พบว่ามีความสอดคล้องกับการเผชิญปัญหาที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-Focus Coping) เพื่อมุ่งดูแลสภาพจิตใจของตนเอง เป็นการบรรเทาอารมณ์ดังเครียดจากสถานการณ์ต่าง ๆ (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; ละเมียด ยัมประพันธ์, 2546) สอดคล้องกับ อุไร ตั้งอุดมมงคล (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรสมองพิการ พบว่า บิดามารดามีพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้วยการสวดมนต์ การทำสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ และผ่อนคลายความเครียด ส่วนการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2545) พบว่า ผู้ดูแลใช้การผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีการหันเหความสนใจจากปัญหาที่มารุมเร้า ไปสนใจกิจกรรมอื่น เช่น ดูโทรทัศน์ จินตนาการภาพ ออกกำลังกาย ท่องคำพระ อยู่เงียบ ๆ คนเดียวโดยไม่คิดเรื่องของผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษาของ ศรีสุดา วณาสิติน และคณะ (2546) พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีจัดการกับปัญหาโดยการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การดูโทรทัศน์ เดินเล่น วิธีเหล่านี้สามารถเสริมสร้างพลังแห่งชีวิต และรักษาภาวะดังเครียดทางจิตใจและอารมณ์

8. การเผชิญปัญหาด้วยการหาแหล่งช่วยเหลือ โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากญาติ และแสวงหาความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากญาติด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านการเงิน ซึ่งเป็นการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นหรือจากญาติที่สนิทมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเป็นระยะ ๆ เป็นการแบ่งเบาภาระในการรับผิดชอบของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัว ทำธุระหรือมีเวลาออกสังคมภายนอกบ้าง ทำให้รู้สึกความเป็นภาระน้อยลง (Scott, Roberto, & Hutton, 1968) ส่วนในเรื่องการช่วยเหลือด้านการเงิน พบว่า ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง โดยการหยิบยืมญาติที่สามารถช่วยเหลือด้านการเงินได้โดยไม่ขัดสน ซึ่งถือว่าการแสวงหาแหล่งประโยชน์ของครอบครัว (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพธิน ปรัชญคุปต์ (2548) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจากญาติ ทำให้ช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของ ชันญาณรณ์ คavanพแก้ว (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะการช่วยเหลือจากเครือญาติ และการช่วยแนะนำวิธีการดูแลต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ ในระยะเวลาเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุก หากครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น

มาจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ครอบครัวจะนำแหล่งประโยชน์นี้มาใช้ เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (สุมัทธนา แก้วมา, 2546; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2543) ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่ขาดแหล่งสนับสนุน เช่น การศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนทะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเงินนั้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดย ผู้ดูแลไม่สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เพราะต้องใช้เวลาในการทำงานหาเงิน เนื่องจากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล ทำให้ขาดการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นเหมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย รับรู้ว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อันจะนำมาซึ่งพลังและแรงจูงใจ ในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถลดความรุนแรงของปัญหาที่กำลังเผชิญได้ โดยการขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลทางด้านความเจ็บป่วย หรือด้านการเงิน เป็นพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา แบบ Problem-Focus Coping (Cohen & Lazarus, 1982) ส่วนการแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล ในเรื่องการดูแลรักษานั้น เนื่องจากผู้ดูแลเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ที่จะสามารถควบคุมการคั่งสุราได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นที่พึ่งได้ดีที่สุด เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาความเครียดในการดูแลผู้ป่วยลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนิภา นันทพงษ์ (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการรักษา การให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทิพย์ประพิน สุขเขียว (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นความร่วมมือของญาติกับทีมจิตเวชในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ และควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล ซึ่งการแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระ ความรับผิดชอบนั้น มีความสอดคล้องกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984)

9. การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการหาที่พึ่งทางใจคือ พึ่งศาสนา และพึ่งไสยศาสตร์ โดยผู้ดูแลใช้วิธีการเข้าวัด ทำบุญ สวดมนต์ เนื่องจากเมื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นในชีวิต ผู้ดูแลมักคิดว่าเป็นเรื่องของ บาปบุญ และเวรกรรม ศาสนาเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หายจากโรคหรือบรรเทาอาการลง เป็นการแบ่งเบาเวรกรรมที่ผู้ป่วยทำไว้ การทำเช่นนี้จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจ และหวังว่าจะให้บุญนั้นตกอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป ซึ่ง โกสุม เศรษฐาวงค์ (2545) กล่าวว่า การสวดมนต์ ไปวัด ฟังเทศน์ ถือว่าเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถเสริมสร้างพลังแห่งชีวิต และรักษาภาวะตึงเครียดทางจิตใจและอารมณ์ได้ นอกจากนี้การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาจะทำให้

มีกำลังใจ ที่จะหาแนวทางในการจัดการกับปัญหา (วันดี สุพรรณิ และคณะ, 2545) โดยศาสนาเป็น แหล่งช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา บางคนอาจใช้เป็นที่พัก ทางใจ บางคนอาจใช้เป็นหนทางนำไปสู่การตีความหมายใหม่ทางบวก (Folkman, 1997) ส่วนในผู้ดูแล เฉพาะมารดาที่ใช้การพึ่งพิงศาสนานั้น ผู้ดูแลเชื่อว่าโรคจิตจากสุรามีสาเหตุจากการดื่มสุรา แต่อาการ ทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการผิดคิด มีสิ่งชั่วร้ายมาเข้าสิง การปลุกเสกในน้ำมันศักดิ์ และการใช้ สายสิญจน์ เป็นสิ่งที่คอยปกป้องสิ่งที่เลวร้ายไม่ให้เข้าใกล้ผู้ป่วย พร้อมกับไล่สิ่งไม่ดีออกจากร่างกาย และใช้การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หากได้รับผลตามที่ขอผู้ดูแลจะนำเครื่องเซ่น ไหว้ไปถวายตามที่สัญญาไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุภา วณาสลิน และคณะ (2546) ที่พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น จะมีความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการถูกทำโทษจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ การรคน้ำมันศักดิ์ การสะเดาะเคราะห์ และการบนบานเป็นการขอต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นวิธีที่ผู้ดูแลนำมาใช้ ซึ่งการทำ เช่นนี้จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป เป็นการรักษาสภาวะจิตใจให้สามารถเผชิญกับ สภาวะของโรคได้ การปฏิบัติตามความเชื่อและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ถือว่าเป็นการเยียวยารักษาใจได้ (ขวัญดา บาลทิพย์ และคณะ, 2545) ดังนั้นจะเห็นว่าทั้งความเชื่อทางศาสนา และความเชื่อทางไสยศาสตร์มี อิทธิพลต่อความคิดทำให้สามารถควบคุมหรือเอาชนะต่อสิ่งคุกคามบางอย่างได้ และถือว่าเป็นวิธีการ เผชิญปัญหาที่มีประ โยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ (อุทัยวรรณ ศรีสำราญ, 2547; ละเมียด ยัมประพันธ์, 2546) เป็นกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหา เป็นการสร้างพลังภายในเพื่อเผชิญปัญหา โดยการแสวงหาที่พึ่งทางใจ เพื่อบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดแรงกดดันทางด้านจิตใจและ อารมณ์ ลดความต้องการหรือความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ (เอื้ออารีย์ ตาลิกา, 2543; Jalowiec, 1991) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotion-Focus Coping (Cohen & Lazarus, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; ละเมียด ยัมประพันธ์, 2546)

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มี 3 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ และ 3) การส่งเสริม อาชีพให้ผู้ป่วย โดยต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพและ เจ้าหน้าที่อนามัย ต้องการความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และ ต้องการบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและ เจ้าหน้าที่อนามัย ให้มีบริการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่บ้าน เพื่อเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่ถูกต้อง ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา

ด้านจิตใจเพื่อช่วยลดความเครียดในการดูแล สร้างความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน และผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สถิตย์ วงศ์สุรประภิต (2542) ที่พบว่าครอบครัวมีความต้องการด้านการบริการ ต้องการได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ต้องการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการการสังเกตอาการผู้ป่วย ต้องการความรู้ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยา และมีการฝึกเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบซ้ำ ต้องการการช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติ ต้องการการปรึกษาปัญหาด้านจิตใจของญาติ และความต้องการด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2537) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการพยาบาลและเน้นให้ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การที่มีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน และลดการเจ็บป่วยซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาของ ดารา กระเกษร (2545) พบว่าผู้ดูแลต้องการให้มีบริการปรึกษาด้านจิตใจของญาติ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย จึงรู้สึกเครียด ทุกข์ใจ จากสถานการณ์ภาวะวิกฤติ จึงต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจิต ในการช่วยประคับประคองจิตใจให้เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไวน์ฟิลด์ และฮาเวย์ (Winefield & Harvey, 1994) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ และการช่วยเหลือจากผู้รักษา และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ เกิดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนในเรื่องความต้องการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น พบว่าผู้ดูแลต้องการให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้นาน ๆ จนกว่าอาการจะดีขึ้น เพราะว่าการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุราและเลิกดื่มสุราได้ ในที่สุด ผู้ดูแลส่วนใหญ่มองว่าแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยเร็วเกินไป และมีผู้ดูแล 1 ราย ต้องการให้ทางโรงพยาบาลมีการบริการรับฝากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลชั่วคราว เพราะผู้ดูแลต้องการที่จะขอเวลาพักผ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดา กาญจนาวโรจน์ และคณะ (2541) ที่พบว่าญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทควรรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลให้นานเพื่อที่จะได้หายขาด แต่อย่างไรก็ตามญาติกลุ่มนี้มีแนวโน้มทั้งผู้ป่วยไว้โรงพยาบาลนาน ๆ โดยเฉพาะรายที่เคยไปดูแลที่บ้านแต่อยู่ได้ไม่นาน ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น

ส่วนความต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติช่วยดูแลผู้ป่วยแทนบางครั้ง และช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย โดยความช่วยเหลือด้านการช่วยดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้ญาติช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ช่วงที่ไม่สามารถจัดสรรเวลามาดูแลผู้ป่วยได้ และเพื่อลดความเหนื่อยล้า

จากการให้การดูแลผู้ป่วยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือจากที่ ๆ น้อย ๆ ในการแบ่งเบาภาระงาน เนื่องจากรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่หนัก สร้างความเหนื่อยล้าแก่ตนเอง จึงต้องการมีคนช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อ ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า นอกจากนี้ การศึกษาของ ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ์ (2547) พบว่าผู้ดูแลต้องการให้ญาติพี่น้องช่วยเหลือแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย โดยช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแสดงบทบาทผู้ดูแลได้อย่างเต็มที่

นอกจากนี้ความต้องการการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วย เป็นความต้องการอีกอย่างของผู้ดูแล โดยเน้นความต้องการ โอกาสในการทำงานของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งผู้ดูแล 1 ราย คือ มารดา นายปริดา ดูแลลูกชายซึ่งเป็นโรคจิตจากสุรา ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตจนไม่สามารถทำงานได้ จึงถูกหัวหน้างานให้พักงาน ปัจจุบันผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และสามารถทำงานได้ แต่ไม่อยากจะให้ลูกกลับไปทำงานที่เดิม เพราะอยู่ใกล้บ้าน และกลัวจะเจอเพื่อนฝูงเก่า ๆ จะชวนให้ผู้ป่วยดื่มสุรา เคยไปสมัครงานโรงงานใกล้บ้าน แต่โดนปฏิเสธเพราะผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษา ทิพประพิน สุขเจริญ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 85 ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาญาติหรือทำงานอยู่ที่บ้าน ส่วนการศึกษาของ คารา การะเกษร (2545) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ เนื่องจากสังคมมักจะไม่นิยมรับและให้โอกาสเข้างาน ดังนั้นผู้ดูแลจึงอยากให้ มีหน่วยงานรับผิดชอบช่วยเหลือให้อาชีพแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยหาเงินเลี้ยงชีพตัวเอง และตรงกับ การศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จนกระทั่งลุก เดินได้ ผู้ดูแล ต้องการให้หน่วยงานท้องถิ่นช่วยหางานให้ผู้ป่วยทำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่ค้นพบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในด้าน การปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา ด้านการบริหารทางการพยาบาล และด้านการวิจัย ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จัดอบรม/ กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวล ในการดูแล และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา จึงควรจัดให้มีการส่งเสริมความรู้ให้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่อง การรับประทานยาและผลข้างเคียงของการให้ยา โทษของการดื่มสุรา และการสังเกตอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และควรฝึกทักษะของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากสุราที่บ้านได้อย่างเหมาะสมต่อไป เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาและ จัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 ควรจัดให้มีการพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาแก่ญาติและครอบครัว เช่น การทำกลุ่มระดับประจักษ์สำหรับครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา หรือทำจิตบำบัดครอบครัว โดยการนำครอบครัวพ่อ แม่ ลูก ที่มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวที่รุนแรง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้เปิดเผยความรู้สึกต่อกันมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาาร่วมกัน หลังจากนั้นควรสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ พยาบาลควรติดตาม ประเมินผล โดยการโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าในการดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษา ข้อสงสัย ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ และชื่นชมผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพ ของตัวเองในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น และควร ประสานงานกับทีมสุขภาพให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหารุนแรงในเรื่องเจตคติต่อผู้ป่วย ปัญหาครอบครัวที่ ซับซ้อนเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย และควรประสานงานให้สถานบริการ สาธารณสุข ในชุมชนนั้น ๆ มีส่วนร่วมในการรับพิจารณาติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

1.4 การให้คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวช จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเลือกใช้วิธีการ เผชิญปัญหาทั้งผู้ดูแลที่เป็นมารดาและภรรยาที่มีความแตกต่างและความเหมือนกัน เช่น การระบายอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นมารดาไม่ได้มีการระบายอารมณ์ แต่ใช้การพึ่งพิงธรรมะและนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และควรจัดให้ผู้ดูแลที่เป็นมารดาหรือภรรยาที่มีปัญหา ใกล้เคียงกันมาเข้ากลุ่มบำบัด โดยการนำความเชื่อทางศาสนาเข้ามาผสมผสานกับ โปรแกรม การผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และระบายอารมณ์ความรู้สึก ต่าง ๆ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และป้องกันการเจ็บป่วยทางกายซึ่งเกิดจากความเครียดที่สะสมมา นานโดยไม่ได้รับการแก้ไข

1.5 ควรจัดให้มีการบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลด้านลบเป็นส่วนใหญ่ ถึงอย่างไรในช่วงเวลาที่ดูแลก็มี ผลกระทบด้านบวกเช่นกัน ถึงแม้ว่าระยะเวลาที่เกิดผลกระทบด้านบวกจะน้อย แต่ก็ทำให้ผู้ดูแล บรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ จากข้อมูลนี้จะเห็นว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ไม่เหมือนกัน ดังนั้นพยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพและทรัพยากรของตนได้อย่างเต็มที่ สนับสนุน

ให้ผู้ดูแลมองเห็นข้อบกพร่องและการเปลี่ยนแปลงที่มีความเป็นไปได้ เพื่อนำไปสู่การกระตุ้นให้ผู้ดูแลคิดหวังว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในอนาคตของตน ให้ความสำคัญต่อการลงมือกระทำจริง ๆ ที่จะนำคนไปสู่เป้าหมายหรืออนาคตตามที่ตนคาดหวังไว้ ซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาทางจิตสังคม สามารถช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบความเข้มแข็งของตนพอที่จะทำให้มีความอดทนมากขึ้นกับสิ่งที่ปัญหาที่ตนกำลังเผชิญอยู่

1.6 มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความมั่นใจในเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว และทันทีที่มีปัญหา การให้คำปรึกษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลได้นำแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ ไปใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

1.7 ในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องลบล้างความคิดความเชื่อเก่า ๆ ของครอบครัวเสียก่อนครอบครัวมักจะมองผู้รักษาว่ายึดเอาแต่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก แนวความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดอุปสรรคอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลจึงควรชี้แจงและทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วยเสียก่อน ว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อผู้ป่วยและต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว พยาบาลควรจำเป็นต้องดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งช่วยเหลือเพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวได้

2. ด้านการบริหารทางพยาบาล

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหรือสัมมนาทางวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพจิตแลจิตเวช จากผลการวิจัยจะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต อารมณ์และความรู้สึกและการเจ็บป่วยจากการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจะช่วยทำให้ผู้บริหารและบุคลากรได้มองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ตระหนักถึงความสำคัญของการนำผู้ดูแลและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดย เสนอเป็นนโยบายให้ทีมสุขภาพเข้าใจ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุรา การวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่มีประสบการณ์ตรงและเป็นผู้ที่รู้จริงในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย การนำผู้ดูแลและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะทำให้ผู้ดูแลใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลตามบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างเต็มที่

2.3 การกำหนดเป็นนโยบายมาตรฐานในการวางแผนพัฒนา ความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ดูแล

มีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือจัดให้มีการสัมมนาทางวิชาการแก่บุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนารูปแบบบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 หลักสูตรการศึกษาพยาบาลควรเน้นการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการ พยาบาลจิตเวชชุมชนที่สนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงการส่งเสริมบทบาทการทำหน้าที่ ของครอบครัวและการนำชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราสามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข และมีการพัฒนาในการอยู่ร่วมกัน ในทางที่ดียิ่งขึ้น

3.2 การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยให้สถานื่อนามัยรับผิดชอบติดตามเยี่ยมเยียน การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตจากสุราและผู้ดูแลใน เรื่องการสนับสนุนในเรื่องการรับประทานยา ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับ ควรมีจัดหลักสูตรการศึกษาและ พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้ภาพของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวชัดเจนขึ้น

3.3 ควรจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาคำนึงถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง โดยทำความเข้าใจในความเชื่อ ความศรัทธา วัฒนธรรม และประเพณีตามบริบทของผู้ป่วยและ ผู้ดูแล เพื่อให้ได้ให้การพยาบาลหรือคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

4. ด้านการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

4.1 ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น

4.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากลับมาได้รับการรักษาซ้ำ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา โดยระบุกลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลที่ชัดเจน เช่น คู่สมรส ผู้ดูแลที่เป็นมารดา และช่วงระยะเวลาในการดูแลที่แตกต่างกันในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

4.4 ควรมีการศึกษาในรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น ภรรยา มารดา และควรมีการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ป่วยโดยมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วยและ การสร้างแนวคำถามควรมีแนวคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ