



สุขภาพจิตและพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล



ปาริชาติ แวนไวศาสตร์

ฉบับแปล

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2543

ISBN 974-664-682-6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

จพ

ป/๕๕๔๓

๒๕๔๓

๑.๒

53571 ๑๒

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

สุขภาพจิตและพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

.....

นางปาริชาติ แวนไวศาสตร์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์จารุวรรณ ต.สกุล

สส.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณา คงสุริยะนาวัน

ศษ.ด.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถัมถ้อยวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

Ph.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

วันที่ 31 สิงหาคม 2543

.....
นางปาริชาติ แว่นไวยศาสตร์
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์จารุวรรณ ต.สกุล
สส.ม.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ กงสุริยะนาวัน
ศษ.ค.

.....
รองศาสตราจารย์ทัศน บุญทอง
Ed.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์พยอม อยู่สวัสดิ์
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์เลียงชัย ถิ่นล้อมวงศ์ Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
Ph.D.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต.สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา คงสุริยะนาวัน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศา บุญทอง และรองศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ เพ็ญพรรณ รักเสนาะ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีษะเกษ ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยมีโอกาสดูแลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้ดูแล ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของโรงพยาบาลชัยภูมิราษฎร์ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ ผู้ปลูกฝังให้ผู้วิจัยได้เห็นคุณค่าของการศึกษา ขอขอบพระคุณนายแพทย์สินชัย แว่นไวศาสตร์ สามเณรที่ให้ความรักเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนทุกด้านตลอดมา

ปาริชาติ แว่นไวศาสตร์

4037092 NSPS/M : สาขาวิชา : สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

; พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)

คำสำคัญ : สุขภาพจิต / พฤติกรรมการดูแล / ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ปาริชาติ แวนไวศาสตร์ : สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
(MENTAL HEALTH AND CARING BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF

AMPHETAMINE USERS.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : จารุวรรณ ต.สกุล, ศส.ม.,

วรรณภา คงสุริยะนาวัน, ศษ.ค., ยาใจ สิทธิมงคล, Ph. D. 103 หน้า ISBN 974-664-682-6

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะปกติสุข และการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดอย่างรุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตอันเนื่องจากการเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลที่พาผู้เสพติดยาบ้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 180 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2542 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก The General Health Questionnaire -28 (ฉบับภาษาไทย) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงและหาค่าความเชื่อมั่นได้ 0.90 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่คำนวณร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชโดยมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการด้านความวิตกกังวลและนอนไม่หลับสูงกว่าด้านอาการทางกาย ด้านความบกพร่องทางสังคม และด้านความซึมเศร้ารุนแรง ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้ามีพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.21 ของคะแนนเฉลี่ย) และ สุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 0.65$, $P > .05$)

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า เป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ควรส่งเสริม ประคับประคอง และให้การช่วยเหลือ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรือการเจ็บป่วยทางจิต พร้อมทั้งสนับสนุน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลให้เหมาะสม และต่อเนื่อง

4037092 NSPS/M : MAJOR : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

M.N.S. (PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH NURSING)

KEY WORDS : MENTAL HEALTH / CARING BEHAVIORS / CAREGIVERS /
AMPHETAMINE USERS

PARICHAT WANWAISART : MENTAL HEALTH AND CARING BEHAVIORS
OF CHREGIVERS OF AMPHETAMINE USERS. THESIS ADVISORS : JARUWAN T.
SKUL, M.S.W., WANNA KONGSURIYANAVIN, Ed.D., YAJAI SITTHIMONGKOL.
Ph.D. 103 P. ISBN 974-664-682-6

Mental health constitutes as a vital part of an individual's well-being. People who have good mental health are those who can adapt effectively in their daily living. Caregivers of amphetamine users face severe stress and are at risk of developing a mental disorder from caring for their ill member. The objectives of this study were to study the mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamines users and the relationship between mental health and caring behaviors. The sample consisted of 180 caregivers, who brought their ill member to Thanyarak Hospital during March to May 1999. The General Health Questionnaire - 28 (Thai - version) and the Caring Behaviors, were used for data collection. The reliability of the questionnaires tested by Cronbach's alpha coefficient were 0.90 and 0.86 respectively. The data were analyzed by mean and percentage and the relationship between mental health and caring behaviors were analyzed by the Chi - square test.

The results showed that 66.7 percent of the subjects had potential psychiatric disorder. The subjects had a higher score in sub-scale of anxiety and insomnia, comparing to other sub-scales, including somatic symptom, social dysfunction and severe depression. The subjects had caring behaviors at a moderate level with a percentage mean score of 75.21. There was no significant relationship between mental health and caring behaviors of amphetamine users. ($\chi^2 = 0.65$, $P > .05$)

This study suggests that nurses should realize the importance of developing a program for promoting mental health of caregivers of amphetamine users since they are at risk of psychiatric disorders. The caregivers should receive great support in order to preventing mental health problems and maintain their appropriate caring behaviors.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....ค	
บทคัดย่อภาษาไทย.....ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	
สารบัญตาราง.....ช	
สารบัญแผนภูมิ.....ฉ	
บทที่	
1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....3	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....3	
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....3	
สมมติฐานการวิจัย.....6	
ขอบเขตของการวิจัย.....6	
นิยามตัวแปร.....6	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....8	
2 ทบทวนวรรณกรรม.....9	
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....9	
ผู้เสพติดยาบ้าและความต้องการการดูแล.....9	
ผู้ดูแล.....18	
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....19	
การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....20	
พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.....23	
แนวคิดของการดูแล.....23	
พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.....30	
ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแล	
ผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.....35	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
	สถานที่เก็บข้อมูล.....	38
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	42
	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
4	ผลการวิจัย.....	45
5	การอภิปรายผล.....	54
6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	59
	บรรณานุกรม.....	62
	ภาคผนวก.....	71
	ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย.....	72
	ข คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....	73
	ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
	ง ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตและคะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล.....	80
	จ ข้อมูลจากการตอบคำถามปลายเปิดของผู้ดูแล.....	90
	ประวัติผู้วิจัย.....	91
	Exclusive summary.....	92

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....	45
2	จำนวน ร้อยละของผู้เสพติดยาบ้าจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาค้า.....	48
3	จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต.....	50
4	คะแนนเต็ม ช่วงคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามกลุ่มอาการ.....	51
5	คะแนนเต็ม พิสัย คะแนนเฉลี่ย ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยและระดับการดูแล ของพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	52
6	ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการดูแล.....	53
7	จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตด้านอาการทางกายของผู้ดูแลผู้เสพติด ยาบ้า จำแนกตามรายข้อ.....	80
8	จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าด้านความ วิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ จำแนกตามรายข้อ.....	81
9	จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า ด้านความ บกพร่องทางสังคม จำแนกตามรายข้อ.....	82
10	จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า ด้านอาการ ซึมเศร้ารุนแรงของ จำแนกตามรายข้อ.....	83
11	จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามรายข้อ	84

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่

- 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล.....5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสพติดเป็นปัญหาร้ายแรงเนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท (กวี ชิวเสรีขล, 2540 : 10 – 11) การติดยาเป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งมีการแพร่ระบาดต่างจากโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ เนื่องจากมีการระบาดที่คล้ายคลึงกับการระบาดของอาชญากรรม คือเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน มีผลให้เกิดการเลียนแบบความประพฤติที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานของสังคมทำให้คิดว่าการติดยาเป็นปัญหาสังคม แต่แท้จริงแล้วมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายและจิตใจอย่างมาก (ชงชัย อุ่นเอกถาก, 2540:24)

จากการสำรวจของกองวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เดือนตุลาคม 2528 ถึง กุมภาพันธ์ 2539 พบว่าภาคกลางมีปัญหาการใช้ยาในสถานศึกษาสูงสุด คือ ร้อยละ 2.08 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 1.94 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้พบ ร้อยละ 0.12 และ 0.03 ตามลำดับ จังหวัดที่มีปัญหาการใช้ยาในสถานศึกษามากเป็นจังหวัดในภาคกลาง มีการเสพติดในกลุ่มเยาวชนเพื่อความบันเทิง ต้องการทดลองสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ประกอบกับการชักจูงของบุคคลอื่นเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ ทำให้การระบาดทวีความรุนแรงขึ้นจนเป็นปัญหาทางสังคมที่กำลังคุกคามทำลายเศรษฐกิจ สังคม ทำให้รัฐบาลได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) กำหนดให้สารแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 (เดิมจัดอยู่ในประเภทวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต-ประสาท) โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 และเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลในการแก้ปัญหาการเสพติดยา มีการปราบปรามอย่างจริงจังกับผู้ผลิต ผู้ขาย และผู้เสพ ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการรักษา มีจำนวนมากขึ้น (กวี ชิวเสรีขล, 2540 : 10 - 11) จากสถิติผู้ป่วยยาบ้าที่มารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในเขตภาคกลางของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2541 โดยจำแนกตามการใช้สารเสพติด 10 อันดับแรกของผู้ป่วยใน และ 10 อันดับแรกของผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้เสพติดยาบ้ามีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 โดยมีจำนวน 3,931 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 ของผู้ป่วยใน และ 2,005 คน คิดเป็นร้อยละ 72.02 ของผู้ป่วยนอก

สำหรับผู้ป่วยนอกที่มีจำนวนมากเหล่านี้ต้องดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์อันสำคัญสำหรับการดูแล เป็นระบบที่สังคมคาดหวังให้มีบทบาทในการปฏิบัติกันอย่างใกล้ชิด มีการพึ่งพากันและกัน (May, 1993 : 270 อ้างถึงใน สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541 : 64) ผู้เสพติดยาบางส่วนมากอยู่ในวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี (กรมการแพทย์และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539 : 378) ผู้ให้การดูแลที่บ้านจึงมักเป็น พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง

การให้การช่วยเหลือดูแลเป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลล้วนมีผลต่อเนื่องกับภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 84) โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้เสพติดยาจะมีโอกาสเกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดยาได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายพบว่าร่างกายทรุดโทรม อ่อนล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (สมจิตต์ ภาติกร, 2527 : 43-45) เมื่อไม่ได้เสพยาบำจะมีอาการนอนยา รู้สึกหงุดหงิด อ่อนเพลีย ซึมเศร้า (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2540 : 24) ในผู้เสพยาบำที่ใช้ขนาดสูงอาการนอนยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ การฆ่าตัวตาย (สรายุทธ บุญชัยพานิชวัฒนา, 2540 : 45 – 46) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ กล่าวคือ มีความหมกมุ่นครุ่นคิดถึงแต่ยาบำ พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้ยาบำมาเสพ มักแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาละวาด และหากได้เสพยาบำในปริมาณมากจะมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น การจับบุคคลเป็นตัวประกัน การปีนป่ายขึ้นไปในที่สูง ดังเป็นข่าวที่พบได้บ่อยตามหน้าหนังสือพิมพ์ สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมพบว่า สัมพันธภาพส่วนบุคคลจะเลิกละไปพร้อมๆ กับการเสพติดยาบำมากขึ้น ขาดความรับผิดชอบตามบทบาทที่ดีของตนเอง ขาดวินัย (ฉวีวรรณ ศัตยธรรม, 2539 : 307 – 308) มีความเสื่อมถอยในเรื่องประสิทธิภาพของการทำงานและชีวิตทางสังคม (Social Interaction) (สุชาติ ตรีทิพย์ธิคุณ, 2540 : 27) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวล คับข้องใจ สิ้นหวัง บางรายรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสพติดยาบำได้ บางรายมีอาการซึมเศร้ามาก (Herth, 1993 : Oberst, et al, 1989 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541 : 45) พ่อแม่ที่มีลูกติดสารเสพติดยาจะรู้สึกไร้อำนาจ ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมลูก ในที่สุดจะเกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 270) สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดยาจะมีความรู้สึกสับสน เมื่อรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดยา รู้สึกเป็นทุกข์ เศร้า สิ้นหวัง และรู้สึกสูญเสียความทรงจำของชีวิตที่มี

ความสุขในครอบครัว (Fawcet, 1993 : 378) มารดาของผู้เสพติดยาบ้ารายหนึ่งได้พูดว่า “รู้สึกเลวร้ายสุดๆ เหมือนฟ้าผ่ากลางวัน สุขภาพจิตแย่” (ปราโมทย์ ชูคำ, 2540 : 91-97)

ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล คับข้องใจ สิ้นหวัง ว้าวุ่น สับสน ซึมเศร้า เป็นทุกข์ ล้วนเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า ตามปกติผู้ดูแลมีภาระงานส่วนตนอยู่แล้วยังต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าไปพร้อมๆ กันด้วย ลักษณะเช่นนี้จะมีผลกระทบต่อภาระการดูแลไม่มากนัก นอกจากนั้นพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า ก็น่าจะส่งผลเป็นปฏิริยาถูกโต้ตอบเนื่องกัน ผู้วิจัยต้องการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพิจารณาวางแผนส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข และช่วยเหลือภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลอันจะเกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ดูแลและผู้เสพติดยาบ้าในที่สุด

คำถามการวิจัย

สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลเป็นอย่างไรและมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

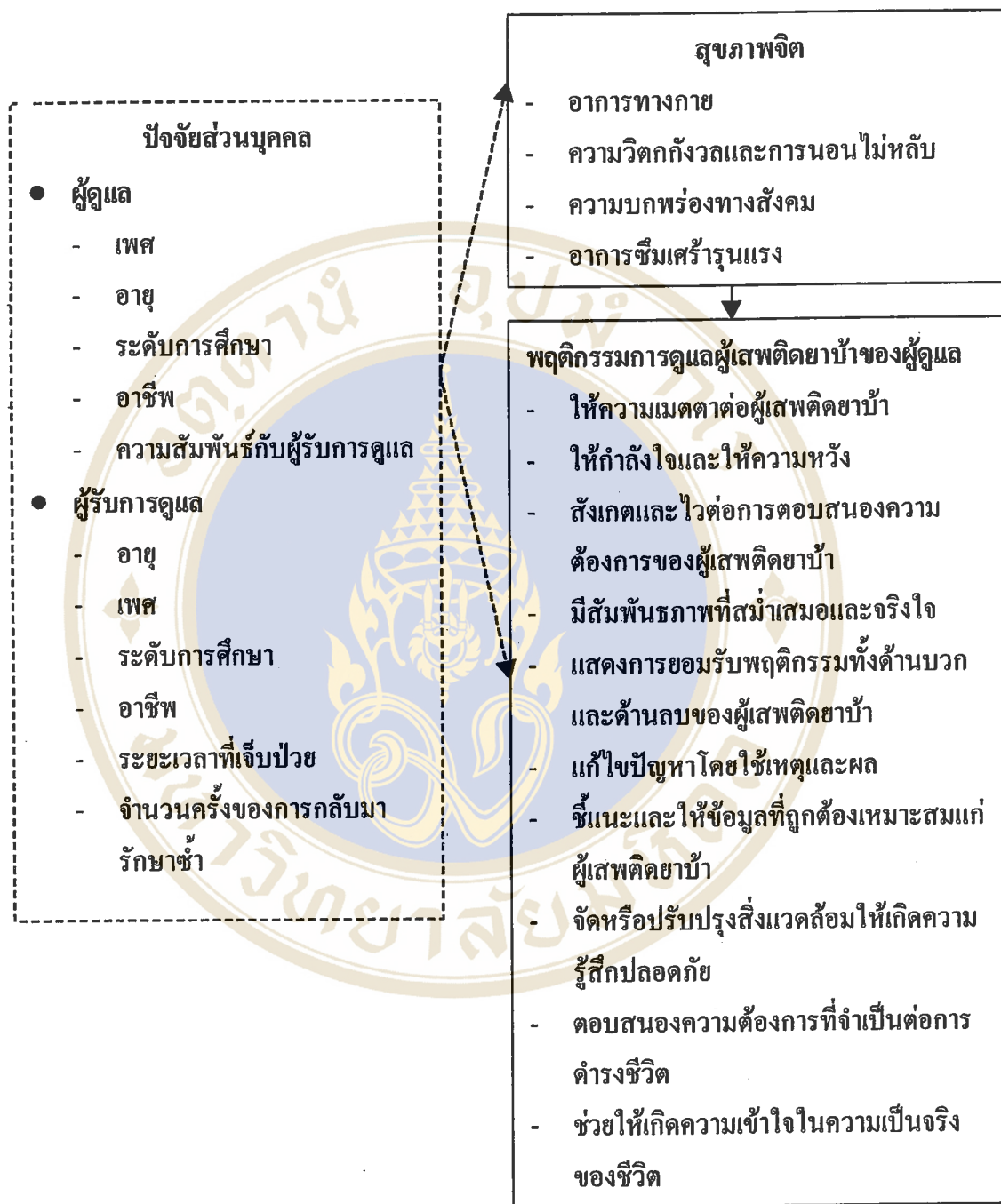
1. เพื่อประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ในอนาคต เนื่องจากผู้ดูแลนั้นมีภาระงานประจำแล้วยังต้องเพิ่มบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักแก่ผู้เสพติดยาบ้าเพิ่มขึ้นอีกโดยการให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้าเป็นการดูแลที่ยากลำบากเพราะผู้เสพติดยาบ้ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ยากแก่การควบคุมดูแล การที่ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าบุคคลที่ใกล้ชิดเสพติดยาบ้า ผู้เสพติดยาบ้ามีสุขภาพกายทรุดโทรม มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดความรับผิดชอบต่อ

ตนเองและครอบครัว ไม่มีอนาคตและเป็นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดเหล่านี้ย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุคคลที่ผูกพันและใกล้ชิดกับผู้เสพติด ก็ยิ่งผลักดันให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งแสดงออกทางพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ โดยประเมินได้จากแบบ คัดกรองปัญหา

สุขภาพจิต (General Health Questionnaire – 28) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย ธนา นิลชัยโกวิทช์ และคนอื่นๆ ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ คือ อาการทางกาย อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้ารุนแรง ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าศึกษาค้นคว้าจากกรอบแนวคิดการดูแลของวัตสัน (Watson ; 198 : 219-235) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล 10 ด้าน คือ ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า ให้กำลังใจและให้ความหวัง สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า มีสัมพันธภาพ ที่สม่ำเสมอ และจริงใจ แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เสพติดยาบ้า แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดอคติ ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต พฤติกรรมการดูแลดังกล่าวจะเหมาะสมถูกต้อง สมบูรณ์อย่างน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นสำคัญนอกเหนือจากปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้เสพติดยาบ้า ของผู้ดูแล



ตัวแปรที่ศึกษา



ตัวแปรที่ไม่ได้ศึกษาแต่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สมมติฐานการวิจัย

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลักหรือมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล (primary caregiver) ที่นำผู้เสพติดยาบ้า มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกระบบสมัครใจ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2542

นิยามตัวแปร

1. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า หมายถึง สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าซึ่งเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการดูแลผู้เสพติดยาบ้าโดยแสดงออกมาในลักษณะของการไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรเป็น ซึ่งประเมินจากแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire-28 (GHQ - 28) โดยประเมินภาวะสุขภาพจิตได้ 4 ด้าน ดังนี้

1.1 อาการทางกาย (Somatic symptom) ประกอบด้วย ความรู้สึกไม่สบาย มีสุขภาพไม่ดี มีการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ร้อนวูบวาบ หรือหนาว เป็นต้น

1.2 อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ประกอบด้วย ความกังวล นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี กลัว หรือตกใจ โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น

1.3 ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ประกอบด้วย ความรู้สึกที่ว่าทำอะไรได้ช้า และไม่เป็นที่พอใจ ไม่มีความสุขในชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นต้น

1.4 ความซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ประกอบด้วย การคิดว่าตนเองไร้ค่าหมดหวังในชีวิต ไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติและการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลกระทำต่อผู้เสพติดยาบ้าเพื่อตอบสนองความต้องการทางกายภาพ จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการปกป้องและดำรงไว้ซึ่งคุณค่า ศักดิ์ศรี และสิทธิในความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้จะต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และมีความจริงใจเป็นพื้นฐานสามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลของวัดสัน และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล 10 ด้าน ดังนี้

2.1 ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า หมายถึง การที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความรัก ความเอ็นดู ความเอื้อเฟื้อเอาใจใส่ สนใจดูแล ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใดๆ

2.2 ให้อำนาจใจและให้ความหวัง หมายถึง การที่ผู้ดูแลให้กำลังใจ ชมเชย แสดงความชื่นชมทั้งด้วยท่าทีและคำพูด ได้แก่ การยกย่อง ชมเชย และให้การดูแลอย่างกระตือรือร้น กระตุ้นให้ผู้เสพติดยา้ามองเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของตนเอง

2.3 สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า หมายถึง การที่ผู้ดูแลสังเกตปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้เสพติดยาบ้า และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์

2.4 มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้เสพติดยาบ้าอย่างเป็นธรรมชาติมีความสม่ำเสมอและเป็นตัวของตัวเอง มีความเข้าอกเข้าใจ มีท่าทางเป็นกันเองและใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่มีความขัดแย้งกันระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก

2.5 แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เสพติดยาบ้า หมายถึง การที่ผู้ดูแลแสดงออกถึงความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้เสพติดยาบ้าแสดงออกนั้นมีความหมาย และมีความต้องการบางอย่างโดยไม่ด่วนสรุป หรือตัดสินพฤติกรรมนั้นๆ

2.6 แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล หมายถึง การที่ผู้ดูแลค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือไม่เหมาะสมของผู้เสพติดยาบ้า พิจารณาวางแผนและปฏิบัติการให้การช่วยเหลืออย่างเป็นเหตุและผล

2.7 **ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า** หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้เสพติดยาบ้ามีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อสามารถให้การดูแลตนเองได้เหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง

2.8 **จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย** หมายถึง การที่ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมโดยสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้ผู้เสพติดยาบ้ามีความเป็นอยู่ที่ดี และรู้สึกถึงความปลอดภัย

2.9 **ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ดูแลให้การดูแลให้ผู้เสพติดยาบ้าได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และความต้องการด้านจิตสังคม เช่น ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความภาคภูมิใจในตนเอง

2.10 **ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต** หมายถึง การที่ผู้ดูแลส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาหารือ ให้ผู้เสพติดยาบ้าเกิดความเข้าใจความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้น อยู่อย่างมีความหมายและเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า และปรับปรุงพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าให้ถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต ควบคู่ไปกับพฤติกรรมในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า
4. เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

1.1 ผู้เสพติดยาบ้าและความต้องการการดูแล

1.2 ผู้ดูแล

1.3 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

1.4 การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

2. พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

2.1 แนวคิดของการดูแล

2.2 พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

1. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

1.1 ผู้เสพติดยาบ้าและความต้องการการดูแล

ยาบ้า (แอมเฟตามีน) จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2518 แอมเฟตามีน (amphetamine) ซึ่งมีชื่อทางเคมีว่า (+) -2-amino -1-phenylpropane

ประวัติและความเป็นมาของยาบ้า (แอมเฟตามีน)

การใช้สารกระตุ้นประสาทมีประวัติมายาวนานโดยแพทย์ชาวจีน มีการใช้ยาที่ชื่อ Ma. Huang มากกว่า 5000 ปีแล้ว (King and Ellinwood, 1992 : 247) ในปี พ.ศ. 1887 นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อเอเดลีโย (Adeleano) สามารถสังเคราะห์ยาบ้าได้เป็นคนแรกตั้งชื่อว่า แอมเฟตามีน ต่อมาในปี ค.ศ. 1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นสามารถสังเคราะห์ เมทแอมเฟตามีน (Meth - amphetamine) จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1928 นายแพทย์ กอร์ดอน เอ แอลลิส (Gordon A - Alles) ได้นำแอมเฟตามีนมาทดลองเพื่อจะหายามารักษาโรคหืด พบว่า แอมเฟตามีนมีสูตรคล้ายเอเฟดรีน (Ephedrine) มีสรรพคุณช่วยลดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล เพราะมีฤทธิ์ขยายหลอดลม ทำให้หายใจโล่ง

ในปี ค.ศ. 1930 ไพนีส (Piniese) และเพื่อนร่วมงานได้พบว่าแอมเฟตามีนมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดตีบเล็กลง และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หลังจากนั้นต่อมาอีก 2 ปี (ค.ศ. 1932) บริษัทผลิตยา สมิท ไคลน์ และ เฟรนช์ (Smith Kline and French) ได้นำเอาแอมเฟตามีนมาผลิตเป็นยาสูดดมแก้หัดคัดจมูก ให้ชื่อว่า “Penzedrine Inhaler” แต่ภายหลังพบว่ายานี้ทำให้เกิดการเสพติดจึงเลิกใช้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน สันสนีย์เวช, 2539 : 25-26) ในปี ค.ศ. 1935 พรินซ์วิททอล และบลูมเบอร์ก (Prinzwetel และ Bloomberg) ได้นำเอาฤทธิ์ในการกระตุ้นสมองของแอมเฟตามีนมาใช้ในการรักษาโรควงหลับ (Narcolepsy) เป็นครั้งแรก และหลังจากนั้นมาก็ได้มีการนำมาใช้เป็นยาลดน้ำหนักหรือยาลดความอ้วน ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า ใช้เป็นยาแก้ปวด และเป็นยาแก้พิษยาที่กดประสาทส่วนกลางหรือกดสมอง

ในระยะสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการนำเอายาแอมเฟตามีนมาช่วยในการทำสงคราม โดยใช้ให้ทหารที่อยู่เวรยาม หรือทหารที่ต้องปฏิบัติงานพิเศษบางอย่างรับประทานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ทนนานยิ่งขึ้น ไม่อ่อนเพลียหรือง่วงนอนเร็ว นับว่าเป็นการใช้ยานี้ในกิจกรรมด้านอื่นที่มีใช้ด้านการแพทย์ และหลังจากที่สงครามเลิกแล้วก็ได้มีการนำเอาแอมเฟตามีนมาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น ทั้งทางด้านการแพทย์และทางด้านอื่น ๆ ที่มีได้เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ในด้านกีฬา การแข่งม้า หรือสัตว์อื่น การขับรกระยะทางไกล การดูหนังถือสอบ การลดน้ำหนักเพื่อเสริมสวย (นงลักษณ์ โดบันลือภพ, 2539)

สำหรับในประเทศไทย พบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดอุบลราชธานี แต่พิสูจน์ไม่ได้ว่าผลิตในประเทศไทย จนกระทั่งปี 2530ได้มีการทำลายแหล่งผลิตยาบ้าในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยมีนายทุนชาวไต้หวัน แต่เดิมชาตินี้มีชื่อขาม้าได้เปลี่ยนชื่อว่า ยาบ้า เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 ตามหนังสือของกระทรวงสาธารณสุขที่แจ้งไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนทั่วประเทศ และประกาศเป็นนโยบายให้ยาบ้าเป็นยาเสพติดประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 (สาลี ปิยะพงษ์ 2540 : 19)

ผู้เสพติดยาบ้า การเสพติดยาบ้ามีผลต่อผู้เสพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้เสพ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายขึ้นอยู่กับขนาดยา วิธีการเสพ และลักษณะเฉพาะตัวของผู้เสพ ดังนี้

1.1 เมื่อใช้ขนาดต่ำทำให้มีความรู้สึกสบาย เพิ่มความตื่นตัวและความเชื่อมั่นในตัวเอง มีสมาธิขึ้น กระฉับกระเฉง พุดมาก ตื่นเต้น เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น และม่านตาขยาย

1.2 เมื่อใช้ยาปริมาณสูงจะเกิดอาการปากแห้ง มีไข้สูง มีการเคลื่อนไหวแบบซ้ำๆ (stereotype) เหนื่อยออก ปวดศีรษะ ตาพร่า ชีต หน้าแดง ใจสั่น มือสั่น สูญเสียการทรงตัว คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับและชัก

1.3 เมื่อหยุดใช้ยา ผู้ที่ใช้ยาเป็นประจำ แล้วหยุดใช้ยาจะเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น เรียกว่า อาการขาดยา หรืออาการถอนพิษยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.3.1 ระยะเริ่มแรกหยุดยา จะมีอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ซึ่งอาการนี้จะเกิดได้นานหลายชั่วโมงหรือหลายวัน

1.3.2 ระยะถอนพิษยา ระยะนี้เกิดขึ้นนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน อาจพบอาการต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย นอนหลับไม่เต็มที่ หิวมาก ชีตเศร้ามาก อาจคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาทางจิตใจ และสูญเสียการควบคุมตัวเอง ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก

1.3.3 ระยะสงบ อารมณ์และอุปนิสัยจะดีขึ้น อาการนี้อาจเป็นระยะเวลานานาหรือหลายชั่วโมง หรืออาจใช้เวลาเป็นเดือน หรือเป็นปีหลังจากเลิกใช้

อาการที่แสดงจะหมดไปในระยะเวลา 2-3 วัน หรือหลายสัปดาห์หลังเลิกใช้ยา อาการต่าง ๆ เช่น ความหวาดระแวง และการรับรู้ที่ผิดปกติจะดีขึ้นภายใน 2-3 วัน อาการอื่น ๆ เช่น ระบบการนอน การสูญเสียความจำ ความคิดสับสน อาการหวาดระแวง ความผิดปกติในการรับรู้ อาจจะเป็นอยู่ประมาณ 6-12 เดือน (สมจิตต์ วงษ์ป่า, 2541 : 14) จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของร่างกายขาดการควบคุม อาจเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุ และขาดความเหมาะสมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกายมักบกพร่อง รวมถึงการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เช่น การจัดสรรเวลาเพื่อการทำงาน การดูแลครอบครัว และการค้นหาการไม่เหมาะสม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541 : 219)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้เสพยาจะมีอารมณ์ครีครว้น พุดมาก เพื่อ ประสาทหลอน แต่เมื่อเลิกใช้ จะซึมเศร้าอย่างหนัก กลับใน ประสาทหลอน เพื่อคลั่ง (Delirium) ถ้าขาดจะเกิดอาการคลุ้มคลั่ง สมองเสื่อม การเสพนานๆ จะทำให้เกิดประสาทหลอน อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย จากการมีประสาทหลอนทางตา ทางหู หรือจากอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิด หวาดระแวง ทำร้ายผู้อื่นโดยหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตัว และเกิดเป็นโรคจิตได้ง่าย (สมจิตร ภาติกร, 2527) จากการศึกษาของ Ellinwood ในผู้ป่วยเสพยาบ้า 25 ราย พบลักษณะแบบแยกตัว (Schizoid) หวาดระแวง (Paranoid) และอันธพาล (Antisocial) จำนวนค่อนข้างสูง Slater และ Angrist กับพวกเน้นถึงลักษณะอันธพาล (Sociopath) ซึ่งพบบ่อยร่วมกับโรคนี้ ขนาดยาที่ทำให้เกิดมีอาการมีตั้งแต่วันละ 20 มิลลิกรัม จนถึง 1,000 มิลลิกรัม Connell รายงานผู้ป่วยซึ่งกินยาเพียงวันละ 20

มิลลิกรัม ก็เกิดอาการของโรคจิต แต่รายงานของ Norman และ Shea และของ Von Mandiestadin ผู้ป่วยใช้ขนาดสูง (เพิ่มขนาดจนถึงวันละ 250 มิลลิกรัม) ติดต่อกันเป็นเวลา 5 ปี และ 6 1/2 ปี ตามลำดับจึงเกิดอาการ ขนาดยาที่น้อยที่สุดและกินเพียงครั้งเดียวก็เกิดอาการโรคจิตคือ 55 มิลลิกรัม ซึ่ง Wallis กับพวก ได้รายงานผู้ป่วยชายอายุ 29 ปี ภายหลังจากกิน dexedrine 55 มิลลิกรัม มีอาการร่วง (Stupor) หูแว่วและมีภาพหลอน ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวอยู่นาน 21 ชั่วโมงจึงเป็นปกติ ผู้ป่วยทุกรายเกิดอาการของโรคจิตในขณะที่กินยา และอาการจะลดน้อยลงเมื่อหยุดยา และยาเริ่มถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย Angrist กับพวก พบว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอาการประสาทหลอน (Hallucination) จะน้อยลงอย่างรวดเร็วถ้า Amphetamine ถูกขับออกจากร่างกายเร็วมีเพียงรายเดียวในรายงานที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคจิตภายหลังที่หยุดยาแล้ว (Withdrawal Psychosis) เมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ป่วยบางรายมีอาการเพียง 36 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการอยู่นานถึง 4-6 สัปดาห์ ระยะเวลาที่มีอาการโดยทั่วไปประมาณ 1-4 สัปดาห์ Oswald และ Thacore รายงานว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของคลื่นสมองอยู่นานถึง 8 สัปดาห์หลังจากหยุดยาแล้ว Chapman มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง จะมีอาการนานกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป อาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงเป็นอาการที่สำคัญของโรค โดยจะเริ่มด้วยความรู้สึกระแวงและสงสัย ต่อมามีอาการ Ideas of Reference และในที่สุดเกิดอาการหวาดระแวง ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางหูและทางตา หูแว่วมีลักษณะคล้ายที่พบในโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยอาจได้ยินเป็นเสียงต่าง ๆ หรือเป็นเสียงคนพูด หรืออาจพบว่าผู้ป่วยพูดได้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน ส่วนภาพที่เห็นมีได้ต่าง ๆ กัน เช่น ภาพคน ท้องฟ้า บ้านเรือน หรือภาพสัตว์ต่าง ๆ ในรายงานผู้ป่วย 42 ราย โดย Connell พบว่าภาพหลอนมักพบในผู้ป่วยที่เกิดอาการอย่างเฉียบพลันหลังจากที่กินยาขนาดสูง แต่ในผู้ป่วยที่อาการของโรคค่อยเป็นค่อยไป มักจะพบอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ชนิดสัมผัส (Tactile) และได้กลิ่น (Olfactory) พบได้บ่อยเช่นกันโดยเฉพาะชนิดสัมผัสมีลักษณะเฉพาะและคล้ายกับที่พบใน Cocaine Psychosis ซึ่งมีชื่อเรียกว่า “Signe de Magnum” คือผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีสัตว์ตัวเล็ก ๆ มดหรือตัวหนอนมาไต่ตามผิวหนังที่แขนขาหรือตามตัว อาจมีความรู้สึกคันหรือรู้สีกว่ายาแอมเฟตามีนได้เข้าแทรกซึมอยู่ใต้ผิวหนัง และพบว่าผู้ป่วยบางรายได้พยายามใช้เข็มแทงผิวหนังเพื่อที่จะเอาสิ่งที่คิดว่าอยู่ภายใต้นั้นออกมาจนเกิดรอยแผลเป็นโดยทั่วไป Ellinwood เน้นว่าการกระทำซ้ำ ๆ แบบ Stereotype Compulsion เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ติด Amphetamine และมีอาการของโรคจิต ผู้ป่วยเกือบทุกรายมีความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น มีส่วนน้อยที่ความรู้สึกทางเพศลดลง ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยจะมีระดับความรู้ตัว (Consciousness) เป็นปกติ และการรู้จักเวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) ดี โดยสรุปลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของ Amphetamine Psychosis คือผู้ป่วยมักมีประวัติบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorder) อาการของโรคเกิดอย่างเฉียบพลัน มี ideas

of reference และความหลงผิดคิดว่าคนจะทำร้าย (Delusion of persecution) มีอาการหูแว่วและภาพหลอน แต่ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ มี orientation ดี อารมณ์มักเป็นแบบวิตกกังวล ผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอารมณ์เฉยชา (Flat) อารมณ์ไม่เหมาะสม (Inappropriate Affect) หรือ Formal thought disorder ซึ่งมีอาการทั้งสองดังกล่าวนี้เป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่อง ตระกูล และคนอื่น ๆ, 2522 : 39-346)

จากการศึกษาของ Hall, 1996 พบว่าความผิดปกติทางจิตที่พบในผู้เสพติดยาบ้าจากกลุ่มตัวอย่าง 301 คน มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 79 วิตกกังวลร้อยละ 76 หวาดระแวงร้อยละ 52 ประสาทหลอนร้อยละ 4 และมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 44 อาการจะมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อน และในผู้ป่วยที่เสพโดยวิธีฉีดหรือใช้ยาในจำนวนมากต่อสัปดาห์ (Hall, 1996 : 109)

3. ทางด้านสังคม

ผู้เสพติดยาบ้าจะมีสัมพันธภาพส่วนบุคคลเสียไปพร้อม ๆ กับการเสพติดยามากขึ้น เริ่มจากในบ้าน เพื่อนฝูง ญาติ และการงานอาชีพ ขาดความรับผิดชอบตามบทบาทที่ดีของตนเอง ขาดวินัย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2539 : 307-308) มักจะควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ และมักไม่อดทนต่อความขัดแย้งต่าง ๆ จึงมักมีการทะเลาะวิวาทกันได้ง่าย ในช่วงที่สารเสพติดกำลังออกฤทธิ์อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541 : 219) จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาในปี 2539 ของสถานพยาบาลพบว่าในจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดการเสพติดยาบ้า ร้อยละ 95 มีอายุระหว่าง 15-19 ปี (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2540 : 21) ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นทำให้เขาไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ ถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความรู้สึกกลัว ล้มเหลว ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบกับมีแรงขับทางเพศทำให้เกิดการผลักดันไปสู่กระทำที่ผิดกฎหมาย มีพฤติกรรมที่รุนแรง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Finke, 1992 : 243-247) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมด้านสุขภาพส่วนตัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพในสังคมโรงเรียนหรือชุมชน (Finke, 1992 : 251)

การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้า

ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบคลุม สิ่งแวดล้อม และสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเสพยาบ้าจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความสามารถในหลาย ๆ วิชาชีพ เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ฯลฯ การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้ามี 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก คือ การรักษาแบบไปกลับ โดยผู้ป่วยมาพบแพทย์และนัดบำบัดตามเวลาที่กำหนดโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล การรักษาแบบผู้ป่วยนอกนี้เป็นที่นิยมโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นความสะดวกของสถานพยาบาล สิ้นเปลืองงบประมาณน้อยกว่า ใช้บุคลากร

และสถานที่น้อยกว่าแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก แต่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกมักจะทำให้ผลในการรักษาไม่แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยยังคงกลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมแบบเดิม ซึ่งมีสิ่งช่วยต่าง ๆ สามารถหายาบ้าได้ง่าย บางครั้งในระหว่างการรักษาก็พบว่าการลักลอบใช้สารเสพติดได้อีก แต่ก็นับว่าเป็นข้อดีในอีกแง่หนึ่งคือ ถ้าหากผู้ป่วยสามารถเลิกได้ทั้ง ๆ ที่ยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งหักห้ามใจตนเองได้ โอกาสเลิกได้ในระยะยาวก็มีมากกว่า

ผลสำเร็จของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสำคัญ การให้การรักษาดึงใช้การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counselling) เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการเลิกเสพยาบ้าได้ กิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ การถอนพิษยา การรักษาโรคแทรกซ้อน การชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้การร่วมรักษา การทำกลุ่มบำบัด การตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิตและการตรวจระบบประสาทเป็นระยะ ๆ

2. รูปแบบผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยต้องอยู่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจนครบถ้วนกระบวนการบำบัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมก่อนการรักษา (Preadmission)
2. ขั้นถอนพิษยา (Detoxication)
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)
4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (Follow up)

1. ขั้นเตรียมก่อนการรักษา (Preadmission)

เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยสัมฤทธิ์ผลได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าตนเองจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตน ในขั้นตอนนี้จะมีการปฏิบัติดังนี้

1.1 สัมภาษณ์และบันทึกประวัติของผู้ป่วย โดยจะสอบประวัติส่วนตัวในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการติดยาเสพติด ประวัติการก่ออาชญากรรม เป็นขั้นตอนที่ทำให้ความรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย โดยศึกษาประวัติจากผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนตรวจสภาพจิตว่ามีความผิดปกติหรือไม่ มีบุคลิกภาพเป็นแบบใด

1.2 ตรวจร่างกาย เป็นการตรวจดูสภาพร่างกายว่าทรุดโทรมมากน้อยเพียงใด มีโรคแทรกซ้อนหรือไม่ มีร่องรอยการเสพยาหรือไม่ โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และนำข้อมูลที่ได้มาประมวล วิเคราะห์ เพื่อให้การวินิจฉัยวางแผนในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

1.3 วิเคราะห์ปัญหา เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจสภาพจิต และข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในการเสพติดของผู้ป่วย ทำให้ทราบจุดอ่อนของผู้ป่วยของครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย จากนั้นทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นจุดดี จุดด้อยของตนเอง เข้าใจสภาพอันแท้จริงของตนเอง เขาจะยอมรับความเป็นจริงทำให้เขาสามารถเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมที่เป็นอยู่ได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อที่ครอบครัวเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดรักษาต่อไป

2. ขั้นตอนพิษยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนของการบำบัดรักษาทางกายที่เกิดจากการหยุดใช้ยาบ้า คืออาการถอนพิษยา โดยผู้ป่วยจะมีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระตุก นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีมากน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าจึงมักไม่ยอมเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยบางรายถึงกับคิดว่ายาบ้าไม่ทำให้เสพติด ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดเพราะอาการทางร่างกายน้อย แต่การเสพติดทางจิตใจนั้นรุนแรงกว่า ในขั้นตอนนี้จะให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรือนันทนาการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีงานหรือกิจกรรมที่ต้องทำ มีความสนุกสนานทดแทนการใช้ยา มีการทำกลุ่มบำบัด ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการร่วมรักษา ตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิต ตรวจระบบประสาทเป็นระยะ ๆ

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นการรักษาทางด้านจิตใจหลังจากที่ผู้ป่วยถอนพิษยาแล้ว ระยะนี้ใช้การรักษาที่เรียกว่า ชุมชนบำบัด เป็นการพัฒนาสภาพทางจิตใจ พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มีความสามารถที่จะอยู่ในสังคมได้ปกติเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ปี 6 เดือน

4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (Follow up) เป็นการดูแลผู้เสพติดยาบ้าหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว การติดตามหลังการรักษานี้มิได้เป็นการติดตามผลของการรักษาว่าสามารถลดได้หรือไม่เท่านั้น แต่เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือ (Assist) ให้คำแนะนำและเสริมสร้าง (support) กำลังใจให้ผู้รักษาหายแล้วออกไปสู่สังคมได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งพายาอีกตลอดไป ซึ่งโดยธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทเป็นผู้ที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย อาจถูกสิ่งแวดล้อมชั่วๆ ทำให้กลับไปใช้ยาบ้าอีก จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็งขึ้น

สรุปได้ว่า ยาบ้าเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทกระตุ้นประสาท ที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นมา เริ่มจากนำมาใช้เพื่อการรักษา ต่อมามีการนำมาใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีใช้ด้านการแพทย์ เช่น ใช้ในการสงคราม การกีฬา การแข่งม้าและสัตว์อื่น ๆ การขับรถทางไกล การดูหนังสือสอบ และการลดความอ้วน เป็นต้น การเสพติดยาบ้ามีผลต่อผู้เสพทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้เสพ การรักษาสุนัขเสพติดยาจำเป็นต้องทำการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม และสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเสพติดยา

1.1.2 ความต้องการการดูแลของผู้เสพติดยา

แมนฟรีดา และ เครมพิทซ์ (Manfreda & Krampitz, 1973 : 165-188) ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลของมนุษย์ ว่าสิ่งที่มนุษย์ต้องการจากการดูแลเมื่อมนุษย์มีความเปราะบางทางสุขภาพ ดังนี้

1. การยอมรับและเข้าใจความมีคุณค่าของมนุษย์ทุกคน ปฏิบัติการดูแลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของเขา เพราะมนุษย์ทุกคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง
 2. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และการรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
 3. การตอบสนองความต้องการทางด้านกาย จิต และสังคม
 4. การส่งเสริมการเรียนรู้โดยไม่ตำหนิในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
 5. ความเข้าใจ ความไว้วางใจ ความหวัง และความเชื่อมั่นในตัวผู้รับการดูแล
 6. การส่งเสริมการปรับตัวโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก
 7. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้
 8. แรงกระตุ้นเพื่อการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องการความช่วยเหลือ
- ประทับใจ ประสงค์จิตใจ กำลังใจ เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

ผู้เสพติดยาเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลเนื่องจากผู้เสพติดยาไม่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีความหมาย ล้มเหลว และขาดทิศทางในชีวิต (Newcomb & Horlow, 1986 อ้างถึงใน อุมพพร ตรังคมบัติ, 2540 : 274) ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (ธงชัย อุ่นเอกलग, 2540 : 21) การรับฟังและรับรู้ในประสบการณ์ของผู้เสพติดยาเป็นการบอกให้ผู้เสพติดยาเป็นบุคคลที่มีความหมาย และสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้เสพติดยาและช่วยให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเองอีกด้วย

การเสพติดยาทำให้ผู้เสพเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายโดยมีร่างกายทรุดโทรม อ่อนล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (สมจิต ภาติกร, 2527 : 43-45) มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ บางรายมีอาการทางจิต มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หรือเมื่อมีอาการอยากยาจะมีอาการหงุดหงิด รุนแรงซึมเศร้า และมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม โดยมีความเสื่อมถอยในเรื่องประสิทธิภาพของการทำงานและชีวิตทางสังคม (Social Interaction) ผู้ดูแลจึงต้องตอบสนองความต้องการการดูแลโดยการสังเกตปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือให้ทันต่อเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้เสพไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้เสพ เช่น เมื่อผู้เสพ

หยุดใช้ยาบ้าจะเกิดอาการขาดยาหรือถอนพิษยา ผู้เสพจะมีอาการอ่อนเพลียกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ บางรายอาจมีความรู้สึกซึมเศร้ามาก และมีปัญหาด้านจิตใจ สูญเสียการควบคุมตนเอง (สมจิตต์ วงษ์ปา, 2541 : 14) ผู้เสพยาบ้าจึงต้องการการดูแลที่แสดงถึงความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้เสพ และให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นอันเกิดจากฤทธิ์ยาบ้า

วัยรุ่นที่ติดยาจะพบว่ามีปัญหาหลายประการ เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับคนรอบข้าง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 271) ครอบครัวที่มีการใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งมาจากมีความสัมพันธ์ที่ไม่อบอุ่น ปฏิสัมพันธ์เป็นไปอย่างแห้งแล้ง ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีการสื่อสารทางบวก ไม่สนใจเมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมเชิงบวก วัยรุ่นก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าวิธีเดียวที่จะทำให้ครอบครัวต้นตอและหันมาสนใจตนก็คือ ทำให้เกิดปัญหามา เช่น ติดยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการติดยาขึ้นมาสถานการณ์จะยิ่งเลวร้าย เพราะจะมีความโกรธและความตึงเครียดตามมา ผู้เสติดต้องการบรรยากาศภายในครอบครัวที่อบอุ่น มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน เปิดใจพูดคุยกันด้วยเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกระหว่างกัน (สกุรัตน์, จารุสันติกุล, 2541 : 14-15) มีความเป็นกันเอง ทำให้ผู้เสติดรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทุกคนในครอบครัวพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ

ผู้เสติดยาบ้ามักขาดการรับรู้ มีความวิตกกังวล มีการรับรู้แคบ หรือเลือกรับรู้เฉพาะอย่าง ทำให้ขาดความเข้าใจในตนเอง ไม่สามารถมองปัญหาของตนเองได้ตามความเป็นจริง มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการแก้ปัญหา จึงใช้ยาเสพติดเป็นทางออก (กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 91) วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดจะมีการชะงักงันในพัฒนาการ ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ทักษะสำคัญโดยเฉพาะทักษะในการคิดและแก้ปัญหา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 266-282) ผู้เสติดจึงต้องการการดูแลที่ช่วยเปลี่ยนแนวทางการรับรู้ของผู้เสติด รู้จักมองปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีวิจารณญาณ

สรุปได้ว่าผู้เสติดยาบ้าต้องการการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในด้านร่างกาย ผู้เสติดยาบ้าต้องการการดูแลเรื่องน้ำ อาหาร และการพักผ่อน เนื่องจากการเสติดยาบ้าอาจทำให้ขาดน้ำ ขาดสารอาหารได้ (ธงชัย อุ้นเอกถา, 2540 : 28) และจากฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาทของยาบ้า จะทำให้ผู้เสพไม่ยอมนอนหลับพักผ่อน ทำให้ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนความต้องการด้านจิตใจและสังคม ผู้เสติดยาบ้าส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพเดิมที่อ่อนแอ ฟุ้งพา ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องหาสิ่งยึดเป็นที่พึ่ง เช่น คน หรือยาเสพติด และอีกบุคลิกหนึ่งของผู้ที่ติดยาคือจะเป็นพวกที่ต่อต้านสังคม ขาดความรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เมื่อทำผิดจะโทษคนอื่น หรือโทษสังคม (กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 25) ผู้เสติดมักเป็นบุคคลที่มีจิตใจที่อ่อนไหว บังคับตนเองได้น้อย หลีกเลี่ยงความจริงที่ก่อกวน ปฏิเสธการเสติดยาของตนเอง จึงควรให้ผู้เสพได้รับการดูแลให้เขาได้ค้นพบตัวเอง เข้าใจและ

ยอมรับตนเอง มองตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยครอบครัวและชุมชน อันเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้สพฤกรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

1.2 ผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 86) ผู้ดูแลจึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และผู้ที่ถูกฝึกขึ้นมาเพื่อประกอบอาชีพในการดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ได้ ซึ่งเรียกว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” (Family caregiver) หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญคนอื่น ๆ เช่น ญาติ หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน ซึ่งมักมีผู้ดูแลที่บ้านเป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอหรือต่อเนื่อง หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก (Secondary caregiver) (นงลักษณ์ พื้นชมภู, 2540 : 48)

ผู้ดูแลผู้สพฤกรดึกขำ เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเรียกว่า ผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) เป็นการดูแลที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลหรือผู้สพฤกรดึกขำ มีความรัก ห่วงใย ผูกพันกันอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในวิชาชีพ หรือผู้ที่ถูกฝึกขึ้นมาเพื่อประกอบอาชีพในการดูแล อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้สพฤกรดึกขำนี้ยังต้องการการดูแล คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรดูแลจากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในวิชาชีพ เพื่อให้สามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้สพฤกรดึกขำที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข้อจำกัดของรัฐบาลในการจัดงบประมาณ สถานที่ให้บริการทางการแพทย์ และบุคลากรที่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สพฤกรดึกขำที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากมายทุกปี จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้สพฤกรดึกขำเหล่านี้ต้องกลับไปรักษาดูแลตนเองที่บ้านในขณะที่ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือผู้ดูแล ในการดูแลด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ดูแลจึงมีบทบาทต่อกระบวนการรักษาในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.3 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

1.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี (World Health Organization, 1976 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล : 2538 : 14) มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตของตนเองได้โดยไม่เสียสุขภาพทำให้มีความสุขสบาย รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในจิตใจแต่อย่างใด (Mouly, 1965 : 165-167 ; Jahoda, 1958 ; 135-135 ; บุญกร อินทรวิชัย, 2539 : 38) สุขภาพจิตมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคทางจิตและโรคทางประสาทเท่านั้น หากแต่รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี (ธารัง ทศนาญชลี, 2529 : 28)

สรุปได้ว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะปรับตัวให้มีความสุข เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี สามารถดำรงชีวิตและตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างมีความสุขโดยไม่เสียสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ

1.3.2 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

สุขภาพจิต มีความสำคัญต่อมนุษย์ในการดำรงชีวิตในสังคม เพราะผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าก็เป็นบุคคลหนึ่งในสังคมที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติดทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ เศร้า สิ้นหวัง และรู้สึกสูญเสียความทรงจำของชีวิตที่มีความสุขในครอบครัว (Fawcett, 1993 : 378) พ่อแม่ที่มีลูกติดสารเสพติดจะรู้สึกไร้อำนาจขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมลูกได้ในที่สุดจะเกิดปัญหาทางอารมณ์ ซึมเศร้า วิตกกังวล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 270)

จากการสอบถาม ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่พาผู้เสพติดมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐธนบุรี ได้ข้อมูลว่าผู้ดูแลมีความเสียใจ ทุกข์ใจ กังวลเกี่ยวกับผู้เสพติดกลัวว่าจะเลิกเสพยาบ้าไม่ได้ กลัวไม่หายและเป็นมากขึ้น มีความหนักใจในการควบคุมพฤติกรรมของผู้เสพติด เพราะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟัง กลัวจะถูกตำรวจจับดำเนินคดี และกลัวจะตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา

ในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด ฟอว์เซต (Fawcett, 1993 : 378-379) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ติดสารเสพติดของผู้ดูแลไว้ดังนี้คือ

1. ผู้ดูแลจะทำหน้าที่อุทิศตัวให้ผู้ติดสารเสพติดเสมือนว่า “เป้าหมายของชีวิตของเขา คือ การช่วยให้ผู้เสพติดนั้นรอดพ้น” (Schaeff, 1986 cite by Fawcett, 1993 : 378)

2. ผู้ดูแลจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเป็นแบบมีความทุกข์ทรมาน เพื่อผดุงความ
สุขในครอบครัว

3. ผู้ดูแลจะมีการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้น เนื่องจากขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง คอยแต่เป็นห่วงดูแลผู้ติดสารเสพติด

4. ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง อ่อนถ้อ ไม่สนใจความรู้สึกของตนเอง ครอบครัว และสมาชิกของครอบครัวผู้ติดสารเสพติด ซึ่งรวมถึงผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวจะมีอารมณ์ความรู้สึกว่าวุ่นสับสน เมื่อรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดยา มีความรู้สึกเหมือนกำลังเดินอยู่บนไข่ (Walking on egg) เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นและไม่มั่นคง ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแล ความเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 84)

1.4 การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

การประเมินสุขภาพจิตที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มีดังนี้

1. แบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยา SCL. 90 (Symptom Distress 90) ซึ่งนักจิตวิทยาแห่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ได้แปลมาจากแบบทดสอบของ DR. Leonard R. Derogatis, Dr. Limor Cori แห่ง John Hopkin University, School of Medicine, Baltimore, Maryland และ Dr. Ronald S. Lipman แห่ง Psychopharmacology Research Branch, National Institute of Mental Health, Rockwell Maryland โดยแบ่งสุขภาพจิตออกเป็น 9 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization)
2. ด้านย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive)
3. ด้านความรู้สึกไม่ชอบการติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal sensitivity)
4. ด้านซึมเศร้า (Depressive)
5. ด้านความวิตกกังวล (Anxiety)
6. ด้านความเกลียดชังไม่เป็นมิตร (Hostility)
7. ด้านความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia Anxiety)
8. ด้านความหวาดระแวง (Paranoid)
9. ด้านโรคจิต (Psychoticism)

การประเมินแบบสอบถาม SCL.90 จะมีข้อคำถามทั้งหมด 90 ข้อ ในแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนในแต่ละตัวเลือกเป็น 0 1 2 3 และ 4 การประเมินสุขภาพจิตจะ

ประเมินโดยคิดคะแนนเป็นรายด้าน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้นเรียกเป็น raw score แล้วนำไปเทียบ T - score ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

คะแนน T - score 40 - 60	ปกติ
คะแนน มากกว่า 60-70	มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต
คะแนน มากกว่า 70	มีอาการของปัญหาสุขภาพจิต

2. แบบทดสอบ HOS (Health Opinion Survey)

Macmillan สร้างเครื่องมือ Health Opinion Survey (HOS) ขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ใหญ่ในชุมชนสร้างขึ้นมาครั้งแรก และใช้เมื่อปี ค.ศ. 1951 และพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1957 เครื่องมือนี้ใช้มากในการศึกษาทางระบาดวิทยา เพื่อคาดประมาณความต้องการบริการทางจิตเวช รวมทั้งการประเมินผลบริการทางจิตเวชด้วย ในการสร้างแบบสอบถามนี้ Macmillan ไม่ได้กล่าวถึงแนวคิดหลักที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือ เพียงแต่ระบุว่าการใช้ชื่อ “Health Opinion Survey” นี้ก็เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเองในการสร้างเครื่องมือครั้งแรกได้ใช้มาตราส่วนประมาณค่าคะแนน 1 ถึง 3 เครื่องมือนี้ถูกดัดแปลงต่อมาและได้ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-4 และ 1-5 ด้วย และได้เสนอแนะให้ใช้ค่าคะแนน 29.5 เป็นคะแนนกำหนดระหว่างผู้ป่วยโรคทางจิตกับบุคคลปกติ

3. แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป GHQ (General Health Questionnaire) สร้างขึ้นโดยโกลด์เบิร์ก ในปี 1972 โดยมีวัตถุประสงค์ในการค้นหาและวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตใจ (Psychiatric disorder) มีคำถาม 60 ข้อ แต่โกลด์เบิร์กได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็นชุดย่อย ๆ คือ GHQ-30, GHQ-28 และ GHQ-12 ทั้งนี้ชุดที่นิยมใช้ในประเทศไทยคือ GHQ-28 เพราะสามารถวัดความผิดปกติได้ 4 ด้าน คือ

- 3.1 อาการทางกาย (Somatic Disorder)
- 3.2 ความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and Insomnia)
- 3.3 ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)
- 3.4 อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression)

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป GHQ-28 ได้รับการแปลและปรับปรุงสำหรับคนไทย โดยนายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท และคนอื่น ๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน แต่ละด้านจะมีข้อคำถาม 7 ข้อ ให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด

โดยแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบ 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่น้อยกว่าเดิมไปจนถึงมากกว่าเดิมมาก วิธีการให้คะแนนมี 2 แบบคือ แบบ likert score กับแบบ GHQ scoring วิธีการให้คะแนนแบบแรกคือ การให้น้ำหนักคะแนนแต่ละตำแหน่ง ส่วนแบบหลังมาตรวัดจะเป็นลักษณะที่เรียกว่า bimodal response scale คือคะแนนจะถูกจัดไว้เพียง 2 ค่า (binary score) สำหรับ 4

ตัวเลือก โดยถ้าตอบตัวเลือกที่ 1 หรือ 2 จะให้คะแนนเป็น 0 แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ 3 หรือ 4 จะให้คะแนนเป็น 1 ประสิทธิภาพของวิธีการให้คะแนนทั้ง 2 พบว่าไม่แตกต่างกันโดยสหสัมพันธ์ระหว่างวิธีการให้คะแนนทั้ง 2 แบบ มีค่าอยู่ในช่วง 0.92-0.94 (McDowell & Newell, 1987 : 140) การให้คะแนนจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้งาน หากต้องการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิตเวชในประชากรที่ศึกษาควรใช้วิธี likert scoring แต่หากต้องการแยกคนที่มีความแข็งแรงทางพยาธิสภาพออกจากคนปกติวิธี GHQ scoring จะมีความเหมาะสมมากกว่า (Goldberg & Hillier, 1979 cite by Goldbery & Williams, 1988 : 42) การศึกษาครั้งนี้ต้องการที่จะคัดกรองผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ scoring โดยวิธีการให้คะแนนเป็นแบบ 0-0-1-1 จุดคัดแยกที่ใช้สำหรับ GHQ-28 ฉบับภาษาไทย นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ ได้เสนอให้ใช้ที่ระดับ 5/6 หมายความว่า บุคคลใดก็ตามที่รายงานข้อคำถามที่เป็นบวกตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ให้ถือว่าเป็นผู้ที่มีแนวโน้มผิดปกติทางจิตเวช

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ GHQ-28 เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าเนื่องจาก

1. เป็นการวิจัยที่ต้องการประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า โดยให้ความสำคัญกับเรื่องของความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามปกติมากกว่าเรื่องลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นมาตลอดช่วงชีวิต ซึ่งแบบสอบถามนี้มุ่งวัดปรากฏการณ์ 2 ประการ คือความไม่สามารถที่จะดำเนินการทำหน้าที่ให้มีสุขภาพดีตามปกติต่อไปได้ และปรากฏการณ์ใหม่ของลักษณะความทุกข์ที่เกิดขึ้น มิได้เน้นที่ระดับความรุนแรงของโรคเพียงแต่คัดกรองกลุ่มที่เป็นโรคและไม่เป็นโรคออกจากกันเท่านั้น

2. เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง เคยใช้กับประชาชนทั้งที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วยทางจิตเวชมาแล้ว มีความผิดพลาดในการจำแนกไม่เกินร้อยละ 23 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.82-0.93

3. GHQ-28 มีคำถามเกี่ยวกับอาการด้านร่างกายในมาตรวัดอาการด้านร่างกาย 7 ข้อคำถาม แล้วยังมีคำถามที่เกี่ยวกับอาการด้านร่างกายแทรกอยู่ในมาตรวัดอื่นอีก 2 มาตรวัด ๆ ละ 2 ข้อคำถาม โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภทมีอาการพื้นฐานของโรคประสาท และ GHQ-28 นี้ให้ความสำคัญกับโรคประสาทซึมเศร้าในฐานะที่มีการศึกษาพบว่าเป็นอาการของโรคในลำดับขั้นต่ำสุดที่จะพบได้ในผู้ป่วยจิตเวช

4. มีองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับอาการของโรคประสาทซึมเศร้า อาการทางกาย และพฤติกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยมีรายละเอียดในแต่ละมาตรวัดเพื่อวัดอาการต่าง ๆ ได้ อย่างชัดเจน

5. จำนวนข้อคำถามง่ายและสั้น สะดวก รวดเร็วในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ไม่เสียเวลาในการตอบ

6. การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อเกิดความผิดพลาดน้อย เนื่องจากการแปลผลคะแนนเป็นแบบ 0-0-1-1 เป็นวิธีการให้คะแนนที่กำจัดความผิดพลาด อันเนื่องมาจากผู้ตอบเลือกตอบแบบปลายขั้ว และผู้ตอบที่ตอบแบบเป็นกลาง

2. พฤติกรรมการดูแลผู้เสียตึกย่ำของผู้ดูแล

2.1 แนวคิดของการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล มีนักทฤษฎีการดูแลหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ดังนี้

เมเยอร์รอฟ (Mayeroff, 1971 cited in Wolf 1986 : 87-88) ได้ให้ความหมายของการดูแลไว้ว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจ หรือเกิดความสำนึกแห่งตน (actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า

องค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มี 8 ประการ คือ

1. ความรู้ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแลคือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
2. ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกรักที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล
3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเองให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง เป็นการมองไปในอนาคตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
7. ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุง และเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

ไลงนิงเจอร์ (Leininger, 1991 อ้างถึงใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539 : 28) ได้เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ (Human care) เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ ไลงนิงเจอร์ ได้ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนคำจูน (Supportive) การอำนวยความสะดวก (Facilitative) และการสร้างความสามารถ (Enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

การดูแลเป็นผลจากการให้การช่วยเหลือในยามที่ต้องการการช่วยเหลือ การดูแลเป็นวัฒนธรรมอันมีค่าที่จำเป็นจะต้องอยู่คู่กับมนุษย์ไปอีกยาวนาน เป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาทุกข์ ช่วยมนุษย์จากความทุกข์ร้อน ทำให้สามารถเผชิญกับความเป็นจริงโดยการให้การดูแลนั้นปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม มีพื้นฐานจากความรักในเพื่อนมนุษย์แม้ในยามเจ็บป่วยหรือสุขภาพดี

กิจกรรมการดูแล เป็นกระบวนการที่ทำให้มนุษย์มีความรู้สึกสัมพันธ์กันได้พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทำให้มนุษย์ดำรงอยู่ได้ เป็นสิ่งที่มนุษย์ถ่ายทอดกันมาทางวัฒนธรรม ไม่เพียงแต่ให้การดูแลภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ยังหมายถึงการพึ่งพาเกี่ยวข้องกันและกัน การช่วยเหลือเพื่อประโยชน์ทั้งของบุคคลและสังคมส่วนรวมอีกด้วย (Leininger, 1981 : 96-98)

วัตสัน (Watson, 1989 : 128) เป็นนักทฤษฎีการดูแลได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลของตนว่าเป็นทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Fawcett, 1993 : 232 ; Watson in Riehl - Siehl - Siska 1989 : 299 อ้างถึงใน สุภาพร ดาวดี, 2537) ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม (Sarter in Fawcett, 1993 : 268 อ้างถึงใน สุภาพร ดาวดี, 2537) การดูแลเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล (Watson, 1989 : 128) ในแนวคิดถึงระดับจิตวิญญาณ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญในระดับที่สูงกว่าคือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเองให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตน การเยียวยา (Healing) ที่เกิดขึ้นจึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ (Mental - spiritual mechanism) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพคือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลนี้คือ ใ้บุคคลมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต และวิญญาณ การดูแลตามแนวคิดของวัตสันเป็นอุดมคติ หรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีประสบการณ์ชีวิต

ประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าใจถึงจิตใจกัน (Transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดี และเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาพ (coparticipant)

วัตสัน (Watson, 1989 : 219-235) เสนอแนวคิดการดูแลที่เน้นความสำคัญของมิติจิตวิญญาณ และการดูแลระหว่างบุคคล (Human care) จากแนวคิดมนุษยธรรมนิยม ตามความเชื่อว่าการรักและการดูแลเป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน บุคคลต้องการความรักและการดูแลเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต การช่วยเหลือที่เริ่มจากความตั้งใจ ความรัก จะให้การกระทำที่อ่อนโยน ให้เกียรติกันและกัน ความสุขและคุณค่าของมนุษย์อยู่ที่ดุลยภาพทางกาย ใจ และจิตวิญญาณ โดยการดูแลมุ่งหวังให้บุคคลเกิดดุลยภาพทางกาย ใจ และจิตวิญญาณ มีการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเอง และดูแลเยียวยาตนเอง กระบวนการดูแลจะเกิดขึ้นได้เมื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะเกิดความเข้าใจถึงจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal) มีการตัดสินใจและทำงานร่วมกัน ในลักษณะของบุคคลที่เท่าเทียมกัน รูปแบบของปฏิบัติการที่แสดงถึงการดูแล (Caring model) ประกอบด้วย การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Instrumental activities) ได้แก่ การให้ยา การดูแลความสบายทางกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสุขสบาย รวมถึงการสอน การให้คำแนะนำ และการแก้ปัญหา และการปฏิบัติอีกประการหนึ่ง คือ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่มุ่งเน้นถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับบริการ (Expressive activities) โดยผู้ให้การดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความไว้วางใจ ความหวัง การเสนอให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจะรวมถึงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์พูนสุข ความอยู่รอด ความสุขสบาย และการปกป้องคุ้มครอง (Watson 1985 : 45-51) พฤติกรรมการดูแลสามารถเกิดได้ในหลายสัมพันธภาพไม่เฉพาะแต่พยาบาลกับผู้ป่วย แต่สามารถเกิดได้ระหว่างสามี-ภรรยา บิดา-มารดา นาย-ลูกน้อง พยาบาล-พยาบาล ฯลฯ เกิดได้ในทุกสังคมตามบทบาท (role modeling) ของแต่ละบุคคลที่กำลังเป็นอยู่โดยประสบการณ์ตรงในชีวิตของแต่ละบุคคล ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลได้ (Watson, 1985 : 1-7 อ้างถึงใน รุจิพร พงษ์สวัสดิ์, 2538) การยอมรับในความเป็นบุคคล (human being) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (human interaction) ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลได้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ได้แก่

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและการมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (The formation of a humanistic-altruistic system of values) เป็นปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุดเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน มีความรัก ความเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น บุคคลแต่ละคนมีมุมมองของชีวิตที่แตกต่างกัน มีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อสถานการณ์แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น ค่านิยมความเชื่อ วัฒนธรรม และปรัชญาชีวิต

ที่แตกต่างกัน การยึดมั่นในค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น และมีความรักความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจและยอมรับบุคคลตามมุมมองของเขา เคารพในความเป็นบุคคล มีความอดทนและเพียรรอคอยเวลาให้บุคคลพบตัวเองและยอมรับสภาพของตนเอง จากความเป็นจริง ช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกรู้ว่ามีคนอยู่กับเขาเสมอ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุด และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทันที โดยคำนึงถึงเสมอว่าผู้รับบริการ คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรัก และความเมตตาจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง (The instillation of faith and hope) ความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิต เป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่ก่อนเชื่อกันว่ายาเป็นสิ่งเดียวที่ทำให้โรครหาย แต่ในปัจจุบันคนเริ่มเชื่อในสิ่งที่เป็นธรรมชาติว่ามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และได้พิสูจน์จนเป็นที่ยอมรับ เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น

ผู้ดูแล คือผู้ให้การสนับสนุนและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพศรัทธา และความหวัง เป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้ ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ผู้ดูแลจะสร้างความศรัทธาและความเชื่อถือ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสม และมีท่าทางที่เชื่อมั่น ปฏิบัติการอย่างมีความรู้ ทักษะ สามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พึ่งของผู้รับบริการได้ ศรัทธาและความเชื่อมั่นในผู้ให้การดูแล จะทำให้ผู้รับการดูแลสามารถพึ่งพาและปรับความรู้สึกใหม่ อันเป็นกระบวนการนำไปสู่การสร้างความหวังใหม่ที่เป็นจริงได้

3. มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (The cultivation of sensitivity to one's self and to others) คนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงแต่ความคิดของตนเอง ไม่ค่อยนึกถึงความรู้สึกของคนอื่น หนทางที่ผู้ดูแล จะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น คือการรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น โดยเริ่มจากการมองเข้าไปในตนเอง และรับรู้ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ผู้ดูแลที่พัฒนาความไวต่อการรับรู้ตนเองก็จะไวในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นด้วย และสามารถมองโลกตามมุมมองของคนอื่นได้ เข้าใจวัฒนธรรม และค่านิยมที่แตกต่างจากของผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อกันและสร้างพฤติกรรมดูแลที่ดีได้

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน (The development of helping trusting relationship) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีและไม่ดี ประกอบด้วย

4.1 ความเข้าใจกันได้กับผู้รับการดูแล (Congruence) การที่ผู้ดูแลจะสามารถเข้ากับผู้รับการดูแลได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ดูแลในขณะนั้น ซึ่งเป็นสิ่งสืบเนื่องจากพฤติกรรมข้อ 3

ผู้ดูแลที่ไวต่อความรู้สึกของตนเอง และกล้าเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา จะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลดียิ่งขึ้น ทำให้รู้จักกันและปรับตัวให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลแอบซ่อนความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกด้านที่ไม่ดีอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพ เพราะผู้ดูแลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาในหลายๆ รูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้รับการดูแลพักเพื่อหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ทำลายสัมพันธภาพเสียเอง ซึ่งมีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพการดูแล

4.2 การร่วมรู้สึก (Empathy) เป็นการสัมผัสกับโลกส่วนตัวของผู้รับการดูแล รู้จักเอาใจผู้รับการดูแล มาใส่ใจตนเอง เพื่อรับความรู้สึกจะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้รับการดูแล อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านคำพูด กริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.3 ความรู้สึกอบอุ่นใจ (Warmth) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ผู้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องจัดบรรยากาศที่ไม่คุกคาม ปลอดภัย มั่นคง และเป็นที่ไว้วางใจได้ โดยผ่านการยอมรับของผู้รับการดูแล ผู้ดูแลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นจากการแสดงออกทางวาจาและกริยาท่าทาง เช่น การพูดในระดับเสียงที่เหมาะสม ยิ้มแย้ม มีที่ทำเป็นมิตรเปิดเผย

4.4 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Mode of effective communication) การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือในการบำบัดเยียวยาที่สำคัญ เพราะสภาพจิตผู้รับการดูแลทุกคนจะสับสนรู้สึกถึงความไม่แน่นอน การบอกเล่าที่มากหรือน้อยเกินไปอาจกระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย ในบางครั้งผู้รับการดูแลอาจพบกับความขัดแย้งระหว่างความต้องการกำลังใจ กับความต้องการที่จะรับทราบความจริง การไม่บอกความจริงหรือปล่อยให้ผู้รับการดูแลพบความจริงเอง จะทำให้ผู้รับการดูแลไม่ไว้วางใจผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงควรให้ข้อมูลที่จริงเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้ข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้รับการดูแลเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ดูแล

การเริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้ดูแลต้องการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจกันได้ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ความร่วมรู้สึก และความรู้สึกอบอุ่นในระดับที่ค่อนข้างสูงเพื่อช่วยให้เกิดการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี (The promotion and acceptance of expression of positive and negative feelings) อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลาง ของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดการตัดสินใจและพฤติกรรม ความไม่สอดคล้องระหว่างความคิด ความรู้สึก จะนำไปสู่ความวิตกกังวล ความเครียด ความสับสนหรือความกลัว ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลควรมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้ง

ทางที่ดีและไม่ดี ปัจจัยประการนี้มุ่งไปที่ความรู้สึกของผู้ดูแลโดยทั่วไป ผู้ดูแลมักมีพฤติกรรมปกป้องความรู้สึกของตน แต่พฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล เพราะพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออกขาดความจริงใจทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกถูกหลอกลวง เกิดความไม่แน่ใจและไม่เชื่อถือ ผู้ดูแลที่สามารถยอมรับตนเองได้ทั้งในทางที่ดีและไม่ดี จะมีใจเปิดกว้างในการยอมรับความรู้สึกของผู้รับการดูแลทั้งที่ดีและไม่ดีได้เช่นกัน

6. การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา (The systematic use of the scientific problem-solving method for decision making) เป็นการใช้ผู้ดูแลจะต้องแสดงความรู้รอบ (All domains of knowledge) ของปัญหาได้อย่างกว้างขวางทั้งด้านสาเหตุและผลที่ตามมาโดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลต้องรู้จักการถามการพูดคุยและสังเกตทั้งจากผู้รับการดูแลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล หลังจากนั้นจึงนำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องใช้การตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณประกอบ

7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน (The promotion of interpersonal teaching learning) ผู้เจ็บป่วยโดยทั่วไปมักจะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจและความกลัว การให้ข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวล และความกลัว การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการประคับประคองดูแลจะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ ผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน การเรียนรู้จากผู้รับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลทราบปัญหาของผู้รับการดูแล โดยเฉพาะปัญหาที่ซับซ้อนและลึกซึ้ง เพราะการสังเกตอย่างเฉยจะไม่สามารถทราบปัญหาได้ ผู้ดูแลที่มีส่วนรับรู้ความรู้สึกของผู้รับการดูแล จะทราบว่าควรบอกความจริงกับผู้รับการดูแลเท่าใด และเวลาใด จึงจะเหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของอาการ และการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการช่วยให้เกิดความสมดุล สามารถประคับประคองสถานการณ์และมีกลไกในการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม สิ่งที่คุณดูแลควรปฏิบัติได้แก่ การอธิบายอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ช่วยกำหนดเป้าหมายของชีวิตตามสภาพความเป็นจริง ตอบคำถามของผู้รับการดูแลอย่างชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้รับการดูแล ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับการดูแลอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้รับการดูแล

8. ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (The provision for a supportive, protective, or corrective mental, physical, sociocultural and spiritual environment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและจิตสังคม เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคล ส่วนจิตใจและจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการดำรงชีวิต เช่น ประสบการณ์ การเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลระบบสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแล ครอบครัว ญาติมิตร การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับการดูแลรู้สึกสบาย (Comfort) สะอาด (Clean) ปลอดภัย (Safety) และเป็นส่วนตัว (Privacy) ถ้วนมือสิทธิพลต่อความผาสุกของผู้รับการดูแล การช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายทั้งภายในและภายนอก ช่วยให้ผู้รับการดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งสิ่งดังกล่าวนี้เกิดจากการเอาใจใส่ ประคับประคองดูแลจากผู้ดูแล

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Assistance with the gratification of human needs) ความต้องการเป็นสิ่งที่คู่กับมนุษย์เสมอมาไม่มีที่สิ้นสุด ตั้งแต่เกิดจนตาย ความต้องการเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ของความพยายามที่จะบรรลุดังความต้องการนั้น ความต้องการของผู้รับการดูแลก็เหมือนกับบุคคลทั่วไป จะแตกต่างกันตรงที่ผู้รับการดูแลจะอยู่ในภาวะของการมีความหวังและการสูญเสียในขณะเดียวกัน การตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในเรื่องที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้รับการดูแลเกิดความผาสุกและพัฒนาเติบโตทั้งภายในและภายนอกให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สิ่งที่คุณดูแลควรปฏิบัติได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องน้ำและอาหาร ความสะอาดของปากและฟัน ผิวหนัง การหายใจ และการขับถ่าย ซึ่งอาจผิดปกติจากเดิม

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านจิต-สรีระ เพื่อให้ผู้รับการดูแลลงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้รับการดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในและระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้มีพลังภายในตน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลก กับบุคคลอื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณเพื่อการมีชีวิตอยู่ (The allowance for existential phenomenological – spiritual forces) ผู้รับการดูแลทุกคนมักจะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ว่าวัน และวิตกังวล ต่อการเจ็บป่วย และทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้รับการดูแลพยายามไขว่คว้า ค้นหาความมั่นใจ

และความปลอดภัย พลังจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจความหมายของชีวิตตามสภาพการณ์ของการเป็นมนุษย์ ที่ต้องมีเงื่อนไขและข้อจำกัดบางประการ ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นความแข็งแกร่งของผู้รับการดูแล เป็นผู้ใกล้ชิดและให้การดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงต้องค้นหาความหมายของชีวิตจากประสบการณ์ของตนในแต่ละวัน มีความเข้าใจชีวิตและความเป็นไปของโลก มีพลังสติปัญญา พลังจิต และพลังกายที่ได้จากปรัชญา ความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษาและประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลเพื่อถ่ายทอดพลังนี้ให้กับผู้รับการดูแล และสนับสนุนช่วยเหลือผู้รับการดูแล ในการเสริมสร้างพลังให้แก่ตนเอง เพื่อการบำบัดดูแลตนเองและพัฒนาแก่นที่อยู่ภายในตนเอง เพื่อการบำบัดดูแลตนเอง และพัฒนาแก่นที่อยู่ภายในตนเอง (Inner self) ให้แข็งแกร่งสำหรับเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เพื่อรักษาความกลมกลืนทั้งภายในและภายนอกตน สิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติได้แก่ ช่วยให้ผู้รับการดูแลได้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญา และสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้รับการดูแลค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิตและกำหนดเป้าหมายของชีวิต แนะนำและให้โอกาสผู้รับการดูแลแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัว หรือผู้ที่เป็แหล่งของความหวังและกำลังใจ นำผู้รับการดูแลให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตนเองค้นพบสัจธรรมของชีวิต ตลอดจนการใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า

2.2 พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า ของผู้ดูแลว่ามีพฤติกรรมการดูแลอย่างไร จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ พูดคุย กับผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่พาผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐธนบุรี พบว่าผู้ดูแลส่วนมากเชื่อว่าการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยหายจากการเสพติด เช่นเดียวกับการรักษาโรคอื่น ๆ และหน้าที่ในการดูแลรักษาควรเป็นหน้าที่ของทางโรงพยาบาล และต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก แต่ในทางปฏิบัติจริงด้วยข้อจำกัดของจำนวนเตียง ประกอบกับผู้ป่วยมีจำนวนมากทำให้ต้องให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกส่วนหนึ่ง และในผู้ป่วยจำนวนนี้ต้องกลับไปอยู่บ้าน และผู้ดูแลที่บ้านต้องเข้ามามีบทบาทในการให้การดูแล

จากการสอบถามผู้ดูแลถึงพฤติกรรมการดูแล พบว่าส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการขาดยา ปวดเมื่อยก็จะให้ยาแก้ปวด หรือช่วยบีบนิ้วให้ เป็นต้น และพบว่าปัญหาสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยคือ การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักจะอดทนต่อความอยากยาไม่ได้จะฉีดยา และหลบหนีออกจากบ้านไปเพื่อหาขามาเสพ โดยจะขอเงินจากผู้ดูแล ถ้าไม่ให้ก็จะมีพฤติกรรมลักขโมย โม่โหมุนเฉียว เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ บางรายมีการทำร้ายร่างกายผู้ดูแลอีกด้วย ผู้ดูแลบางรายได้เกิดบันดาลโทษะ มีการใช้กำลังต่อสู้และทำโทษโดยการเมียนตีผู้ป่วย

จรงค์ กุลเศรษฐ์ (2541 : 142) ศึกษาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าโรงพยาบาล ัญญารักษ์ พบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยระมัดระวังอาการผิดปกติทางจิตประสาท โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองและผู้อื่น หลังการรักษาแล้วต้องให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้เลิกเสพยาบ้า

ไนท์ และ ซิมสัน (Knight, & Simson, 1996 : 417-429) ศึกษาอิทธิพลของ ครอบครัวและเพื่อนต่อความก้าวหน้าในการรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยศึกษาในผู้เสพติดเฮโรइन จำนวน 439 คน ซึ่งอยู่ในระหว่างให้การรักษาเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าครอบครัวที่ไม่มีความขัดแย้ง และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน จะทำให้ผู้ป่วยลดการใช้เฮโรइनลงและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว และกับกลุ่มเพื่อนจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการนำมาใช้ในการรักษาผู้เสพติด

ฟรีดแมน เทอร์ราส และ ครีเซอร์ (Friedman, Terras & Krisher 1995 : 345-356) ศึกษาลักษณะของครอบครัวและผู้รับบริการโดยเป็นเครื่องชี้วัดผลการรักษาวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในการศึกษาจะจัดโปรแกรมการรักษาเป็น 6 โปรแกรม โดยมีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ยังรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมีการติดตามหลังการรักษา 15 เดือน และมีการบริการการรักษาคือมีการทำครอบครัวบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม มีการประเมินครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะของครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวโดยเฉพาะแม่กับลูก ครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง แน่วแน่ มีความเป็นอิสระในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก ทำให้มองเห็นได้ว่าพลังของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเป็นเครื่องพยากรณ์ความก้าวหน้าของการรักษาการเสพติดได้

ในการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดซึ่งรวมทั้งยาบ้าด้วยนั้น ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งถือว่าเป็นสังคมรอบข้างผู้ป่วยที่ควรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแล การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยในการฟื้นฟูผู้เสพติด (Will, 1990 : 78) การศึกษาถึงบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือผู้เสพติดถือว่าการรวมพลังที่สำคัญ (Siddall & Conway, 1988 : 81) ช่วยในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเขา (Barrett, Simpson & Lehman, 1988 : 24) และช่วยลดอัตราการกลับมาเสพยาซ้ำของเขาด้วย (Gordon & Zull, 1991 ; Havassy, Hall, & Wasserman, 1991 อ้างถึงใน Knight and Simpson, 1996 : 417-429)

จากการรวบรวมแนวคิดพฤติกรรมครอบครัวดูแลผู้เสพติดยาบ้าดังกล่าวข้างต้นพสานกับกรอบแนวคิดการดูแลบุคคลของวัดสัน ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์เป็นพฤติกรรมครอบครัวดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 10 ด้าน ตามเหตุผลดังนี้

1. ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า เป็นการให้การดูแลโดยใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยน ในการพูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้า เนื่องจากผู้ที่ติดสารเสพติดมักรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ล้มเหลว และขาดทิศทางในชีวิต (Newcomb และ Horlow, 1986 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 274) ผู้เสพติดยาบ้าจะรู้สึกว่าเขาล้มเหลว ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2540 : 21) การรับฟังและรับรู้ในประสบการณ์ของเขาเป็นการบอกว่า เขาเป็นคนมีความหมาย และสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมความมีคุณค่า ในตนเองของผู้เสพติดยาบ้า และช่วยให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเองอีกด้วย

2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง หลักสำคัญในการบำบัดวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด คือ การสร้างความหวังและแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับผู้เสพติด (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 282) ในการสร้างความหวังและกำลังใจนี้ผู้ดูแลจะต้องเริ่มจากตนเองก่อน แล้วจึงถ่ายทอดไปยังผู้เสพติดยาบ้า (Manfreda and Kraampitz, 1973 อ้างถึงใน กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 90) โดยผู้ดูแลสามารถแสดงออกได้โดยพูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้าให้เขาเห็นสิ่งที่ดีในตัวเอง สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างเสริมให้มีความหวังในชีวิต แสดงความชื่นชมในความพยายามเปลี่ยนแปลงตนเอง ตลอดจนให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

3. สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า ผู้ดูแลควรจะได้มีการพัฒนาตนเองให้มีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น คือ การรู้ตัวอยู่เสมอ รู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ที่ไวต่อการรับรู้ตนเองก็จะไวในการรับรู้ผู้อื่นด้วย การเสพติดยาบ้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยจะมีร่างกายทรุดโทรม อ่อนล้า นอนไม่หลับ (สมจิต ภาติกร, 2527 : 43-45) มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ บางรายมีอาการทางจิต มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย (Effective liability) หรือเมื่อมีอาการอยากยาบ้าจะมีอาการหงุดหงิด รู้สึกซึมเศร้า (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2540 : 25-26) และมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมโดยมีความเสื่อมถอย ในเรื่องประสิทธิภาพของการทำงาน และชีวิตทางสังคม (Social Interaction) ผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้ที่คอยสังเกตปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ เนื่องจากการมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น จะทำให้เกิดความรับรู้ที่ดีต่อกันและสร้างพฤติกรรมการดูแลที่ดีได้

4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ วัยรุ่นที่ติดยาจะพบว่ามีปัญหาหลายประการ เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับคนรอบข้าง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 27) ครอบครัวที่มีการใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งมาจากมีความสัมพันธ์ไม่อบอุ่น ปฏิสัมพันธ์เป็นไปอย่าง



แห้งแล้ง ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีการสื่อสารทางบวก ไม่สนใจเมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมเชิงบวก วัยรุ่นก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าวิธีเดียวที่จะทำให้ครอบครัวตื่นตัวและหันมาสนใจตน ก็คือ ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา เช่น ดิชา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการดิชาขึ้นมาสถานการณ์จะยิ่งเลวร้าย เพราะจะมีความโกรธ รวมทั้งความตึงเครียดตามมา (อุทุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 271) ผู้ดูแลสามารถคลี่คลายบรรยากาศที่ตึงเครียดนี้ได้โดยมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน การสร้างบรรยากาศในบ้านให้เกิดความเป็นกันเอง ทำให้ผู้เสพติดยาบ้ารู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทุกคนในครอบครัวพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งที่จะช่วยให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวได้ดีที่สุด คือ การเปิดใจพูดคุยกันด้วยเหตุผลไม่ใช่อารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกระหว่างกัน (สกลรัตน์ จารุสันติกุล, 2541 : 14-15)

5. แสดงอาการยอมรับพฤติกรรมของผู้เสพติดยาบ้า ทั้งด้านบวกและลบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยหยุดใช้ยาบ้าอาจเกิดการขาดยาหรือถอนพิษยา ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ บางรายอาจมีความรู้สึกซึมเศร้ามาก และมีปัญหาด้านจิตใจ สูญเสียการควบคุมตนเอง (สมจิตต์ วงษ์ป่า, 2541 : 14) ในการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลควรได้แสดงถึงความเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก โดยผู้ดูแลสามารถทำได้จากการเปิดใจกว้างยอมรับตนเองในด้านความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของตนเองเสียก่อน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะยอมรับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ดูแลจะสามารถแสดงออกได้โดยไม่ตำหนิในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนพยายามระงับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น ความเข้าใจและการให้โอกาสจะช่วยให้ผู้เสพติดห่างจากยาเสพติดได้ (สกลรัตน์ จารุสันติกุล, 2541 : 14-15)

6. แก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล ในพ่อแม่ของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดจะรู้สึกไร้อำนาจขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถควบคุมลูกได้ บางรายพยายามปิดความรับผิดชอบหรือทำเป็นไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้น บางรายปฏิเสธการดิชาของลูก บางครั้งพ่อแม่พยายามควบคุมลูกมากเกินไปจนอาจเกิดความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งก็จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงเรื่อยๆ (อุทุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 266-282) ในการให้การดูแลในเรื่องนี้ผู้ดูแลควรมีการมองสภาพปัญหาตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น รู้จักค้นหาข้อมูลที่ครอบคลุมมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหานั้น โดยใช้การตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

7. ชี้นำและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า ผู้เสพติดยาบ้ามักขาดการรับรู้ มีความวิตกกังวล มีการรับรู้แคบ หรือเลือกรับรู้เฉพาะอย่าง ทำให้ขาดความเข้าใจในตนเอง ไม่สามารถมองปัญหาของตนเองได้ตามความเป็นจริง มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการแก้ปัญหา จึงใช้ยาเสพติดเป็นทางออก ((กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 91) วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดจะมีการชะงักงันในพัฒนาการ ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ทักษะสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการคิดและแก้ปัญหา (อุทุมพร ตรังสมบัติ, 2540 : 266-282) ผู้ดูแลจึงต้องช่วยเปลี่ยนแนวการรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มจากการให้ผู้เสพติดยาบ้ามีความตระหนักในตนเอง มองปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับเรื่องของยาแอมเฟตามีนอย่างถูกต้อง ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง หรือป้องกันตนเองจากยาบ้า โดยชี้นำวิธีการปฏิเสธคำชักชวนของเพื่อนที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ผู้เสพติดยาบ้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกยังคงกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเดิม มีสิ่งช่วยต่างๆ สามารถหายาบ้าได้ง่าย บางครั้งในระหว่างการรักษาจะพบว่ามีอาการลึกลับใช้ยาบ้าอีก (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2540 : 18) สิ่งที่คุณดูแลและสามารถจัดทำกับสิ่งแวดล้อม ก็คือ จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ สุขสบาย มีการจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่เป็นสัดส่วน ตลอดจนสร้างบรรยากาศในบ้านให้อบอุ่น หากผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้แม้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีได้ในการจัดปรับปรุงสิ่งแวดล้อมควรจัดให้มีกิจกรรมหรือนันทนาการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีงานหรือกิจกรรมที่ต้องทำ มีความสนุกสนานทดแทนการใช้ยา (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2540 : 19 และ สกุสิทธิ์ จารุสันติกุล, 2541 : 14 – 15)

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นการให้การดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในด้านร่างกายควรได้มีการดูแลเรื่องน้ำ อาหาร และการพักผ่อน เนื่องจากการเสพติดยาบ้า อาจทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำ ขาดสารอาหารได้ (ธงชัย อุ่นเอกกลาง, 2540 : 28) และจากฤทธิ์ของยาบ้าในการกระตุ้นประสาทจะทำให้ผู้เสพไม่ยอมนอนหลับพักผ่อน ทำให้ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ การดูแลด้านจิตใจและสังคม ผู้เสพติดมักเป็นบุคคลที่มีจิตใจที่อ่อนไหว บังคับตนเองได้น้อย หลีกเลี่ยงความจริงที่กดดัน ตั้งเครียดหรือทุกข์ทรมานบางอย่างจึงหันมาใช้ยาเสพติดเป็นที่พึ่ง ในการให้การดูแลในส่วนของการจิตใจนี้ควรได้มีการให้สังคมหรือชุมชน ได้เข้ามามีบทบาทรับรู้ตัว และเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย โดยเฉพาะครอบครัว ญาติพี่น้องผู้เสพติดนั่นเอง การที่ครอบครัวได้เข้ามาช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ อารมณ์ ความคิดให้เข้าสู่ภาวะปกติ สังคมให้โอกาส โดยการรับการปรับปรุง

ตนเองของเขา จะทำให้เขาสามารถดำรงตนอยู่ด้วยดีในสังคม และประกอบสัมมนาอาชีพ เลี้ยงตนเองและครอบครัว หรือศึกษาเล่าเรียนต่อไปได้ (กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 62)

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพเดิมที่อ่อนแอ พึ่งพา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องหาสิ่งยึดเป็นที่พึ่ง เช่น คนหรือยาเสพติด (ธงชัย อุ้นเอกกลาง, 2540 : 22-25) และอีกบุคลิกหนึ่งของผู้ที่ติดยา คือจะเป็นพวกที่ต่อต้านสังคมขาดความรับผิดชอบในการกระทำของตน เมื่อทำผิดจะโทษคนอื่น หรือโทษสังคม (กัลยา ธรรมคุณ, 2539 : 25) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่กล้าเผชิญกับความจริงและหาทางออกอย่างผิดๆ เช่น การใช้ยาเสพติดเป็นที่พึ่ง ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับว่าตนเองติดยา ทั้งที่เสพยามาเป็นแรมปี ในการให้การดูแลในปัจจัยการดูแลนี้ผู้ดูแลควรได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วย ช่วยให้เขาได้ค้นพบตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง มองตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง พร้อมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองให้เหมาะสมกับความเป็นจริง โดยอาจใช้หลักคำสอนทางศาสนา หรือความเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดมั่นที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย มาประยุกต์ใช้เพื่อเผชิญกับปัญหาที่เขาเผชิญ ตามความเชื่อของเขา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า ของผู้ดูแล แต่มีการกล่าวถึงสุขภาพจิตอันเป็นผลเนื่องมาจากการดูแลโดย เซนท์, รีเวอร์ และ บาช - ปีเตอร์สัน (Zaint, Rever and Bach - Petuson, 1980 อ้างถึงใน จริยา วิทศุกร, 2539 : 64) ซึ่งเป็นนักวิชาการที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลซึ่งสามารถวัดได้จากความรู้สึกไม่สุขสบายในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล การให้การช่วยเหลือดูแลเป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลล้วนมีผลต่อเนื่องกับภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 84)

การดูแลผู้เสพติดยาบ้าถือว่าเป็นภาระงานอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเนื่องจากบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ ครอบครัว ซึ่งได้แก่สมาชิกในครอบครัวอันเป็นแหล่งประโยชน์อันดับแรกสำหรับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวเป็นระบบทางสังคมที่ประกอบด้วยคนหลายคนอยู่ร่วมกัน มีบทบาทที่คาดหวังในครอบครัว มีการปฏิบัติกันอย่างใกล้ชิด และพึ่งพา

อาศัยกันและกัน (May, 1993 : 270 อ้างถึงใน สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541 : 64) ผู้เสพติดยาบ้าส่วนมากอยู่ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี (กรมการแพทย์ และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539 : 378) ผู้ให้การดูแลที่บ้านจึงเป็นพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง พ่อ แม่ที่มีลูกติดสารเสพติดจะรู้สึกไร้อำนาจ ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมลูก ในที่สุดจะเกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้น ชิมเสร์รา วิตกกังวล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 : 270)

การดูแลผู้เสพติดยาบ้าซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด ฟองเซท (Fawcett, 1993 : 378-379) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ติดสารเสพติดของผู้ดูแลและผู้ดูแลจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเป็นแบบมีความทุกข์ทรมาน รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง อ่อนล้า ไม่สนใจความรู้สึกของตนเอง มีอารมณ์ความรู้สึกวุ่น สับสน หวาดหวั่น ไม่มั่นคงเมื่อรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด

จากข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลยังขาดความชัดเจน ไม่ได้ศึกษาชี้เฉพาะเจาะจงในผู้เสพติดยาบ้าและยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้เสพติดยาบ้าว่าปฏิบัติอย่างไร และผลจากภาวะสุขภาพจิตที่เปลี่ยนไปนั้นส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลหรือไม่และอย่างไร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อทราบถึงสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมและเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ดูแลและผู้เสพติดยาบ้าต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิต และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่นำผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกระบบสมัครใจที่โรงพยาบาลรัฐธนบุรี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2542 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1.1 เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง รวมถึงญาติคนอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

1.2 ให้การดูแลโดยไม่รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ

1.3 เป็นหลักในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของประชากร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 คน โดยคำนวณได้จากสูตร (นิภา ศรีไพโรจน์, 2527 : 81)

$$n = \frac{Z^2 S^2}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Normal deviation เท่ากับ α ซึ่งมีค่า = 1.96

ถ้า $\alpha = .05$

S^2 = ค่าความแปรปรวนของลักษณะบางประการของประชากร มีค่า = 43.43 ได้จากการศึกษานำร่องกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับประชากร จำนวน 30 คน

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ = 0.96

ได้ n = 173.78

สถานที่เก็บข้อมูล

โรงพยาบาลรัฐฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี เป็นสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติดให้โทษ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบ ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยา และสารเสพติดให้โทษ ให้บริการการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก โดยที่ตึกผู้ป่วยนอกจะเป็นแหล่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้ามารับการรักษา โดยให้บริการตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 16.00 น. ผู้ดูแลที่พาผู้เสพยาบ้ามารับการรักษา มาจากหลายจังหวัดทั่วประเทศ แต่ส่วนมากเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในเขตภาคกลาง

ผู้เสพยาบ้าที่มารับบริการ และมีผู้ดูแลผู้เสพยาบ้าที่พาผู้เสพยาบ้ามารับบริการ โดยเฉลี่ยวันละ 10-12 ราย จึงใช้ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐฉะเชิงเทรา เป็นสถานที่สำหรับเก็บข้อมูลจากตัวแทนประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพยาบ้า

ปัจจัยด้านผู้เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพยาบ้า และจำนวนครั้งของการกลับมารักษายา

2. แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพยาบ้า เป็นแบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้พัฒนาคือ ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดในปัจจุบัน รายละเอียดของแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มี sub-scale ต่าง ๆ ดังนี้

ข้อ 1-7 เป็น sub - scale อาการทางกาย

ข้อ 8-14 เป็น sub - scale ความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ

ข้อ 15-21 เป็น sub - scale ความบกพร่องทางสังคม

ข้อ 22-28 เป็น sub - scale อาการซึมเศร้าที่รุนแรง

วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ GHQ score คือคิดคะแนนเป็นแบบ 0-0-1-1 โดยถ้าผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ 3 หรือ 4 ถือคะแนนเป็นบวกหรือ 1 คะแนน หมายถึงมีอาการทาง

จิตเวชในข้อคำถามนั้น ถ้าเลือกตอบตัวเลือกที่ 1 หรือ 2 ได้คะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการทางจิตเวชในข้อคำถามนั้น

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์ตัดสินว่ามีแนวโน้มมีความผิดปกติทางจิตเวชโดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนลงมาถือว่าไม่มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช และคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช

แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทยนี้ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินความสอดคล้องภายในและได้รายงานค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นแบบแบ่งครึ่ง (Split - half reliability) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.73-0.83 สำหรับค่าความแม่นยำตรงพบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 88.6

ผู้วิจัยได้นำแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทยไปทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) (ยูวดี ฤาชา และคนอื่น ๆ, 2532 : 127) ดังสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{S_1^2}{S_2^2} \right)$$

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อถือได้

S_1^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_2^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทย ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.90

3. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลของ วัตสัน (Watson, 1989 : 219-235) ประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงพฤติกรรม การดูแลจำนวน 32 ข้อความ ใน 10 ด้าน ดังนี้

3.1 ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า จำนวน 4 ข้อความ คือ ข้อ 1-4

3.2 ให้กำลังใจและให้ความหวัง จำนวน 4 ข้อความ คือ ข้อ 5-8

3.3 สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า จำนวน 3 ข้อความ ข้อ 9-11

3.4 มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงจัง จำนวน 4 ข้อความ คือ ข้อ 12-15

3.5 แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เสพติดยาบ้า จำนวน 2 ข้อความ คือ ข้อ 16-17

3.6 แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและผล จำนวน 3 ข้อความ คือ ข้อ 18-20

3.7 ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า จำนวน 3 ข้อความ คือ ข้อ 21-23

3.8 จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดลงกับ จำนวน 2 ข้อความ คือ ข้อ 24-25

3.9 ตอบสนองความต้องการที่เป็นต้องการดำรงชีวิต จำนวน 3 ข้อความ คือ ข้อ 26-28

3.10 ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต จำนวน 4 ข้อความ คือ ข้อ 29-32

วิธีการให้คะแนน

ข้อคำถามแต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ แต่ละคำตอบมีความหมายของการกระทำพฤติกรรมการดูแล ดังนี้

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการให้การดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนน 0 คะแนน

ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน มีค่าคะแนน 1 คะแนน

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้มากกว่า 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ทำเป็นประจำ หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้อย่างสม่ำเสมอในการให้การดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนน 3 คะแนน

คะแนนเต็มของแต่ละด้าน มีดังนี้

1. ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน

2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน

3. สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน

4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน

5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน

6. แก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน

7. ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้เสพติดยาบ้า มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดภัย มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน

การแปลผลคะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ใช้ค่าร้อยละของคะแนนเต็มแต่ละด้านของการดูแลทั้ง 10 ด้าน ใช้เกณฑ์ที่ประยุกต์จาก เสรี ลาซโรจน์ ซึ่งมีแนวคิดจากหลักการประเมินผลการศึกษา (เสรี ลาซโรจน์, 2537 : 65-68) จึงได้แบ่งระดับคะแนนไว้ดังนี้

ระดับ	0	ร้อยละ	0 – 49	ไม่ผ่านขั้นต่ำ
ระดับ	1	ร้อยละ	50 – 59	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
ระดับ	2	ร้อยละ	60 – 69	ผ่านเกณฑ์ขั้นปานกลาง
ระดับ	3	ร้อยละ	70 – 79	ผ่านเกณฑ์ขั้นดี
ระดับ	4	ร้อยละ	80 – 100	ผ่านเกณฑ์ขั้นดีมาก

ดำเนินการรวมคะแนน 0 และ 1 เข้าด้วยกันเป็นระดับน้อย และรวบรวมระดับ 2 และ 3 เข้าด้วยกันเป็นระดับปานกลาง และระดับสูงใช้ระดับ 4 ข้างต้น

แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ คือ คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 จัดอยู่ในกลุ่มมาก คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 จัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง และคะแนนอยู่ระหว่าง 0-59 จัดอยู่ในกลุ่มต่ำ จากการจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับน้อย	หมายถึง	ผู้ดูแลที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลน้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มโดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-41 คะแนน
--	---------	---

ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรม
การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

หมายถึง ผู้ดูแลที่มีคะแนนพฤติกรรม
การดูแลระหว่าง ร้อยละ
60-80 ของคะแนนเต็ม โดย
มีคะแนนอยู่ระหว่าง 42-54
คะแนน

ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรม
การดูแลอยู่ในระดับมาก

หมายถึง ผู้ดูแลที่มีคะแนนพฤติกรรม
การดูแล ตั้งแต่ร้อยละ 80
ขึ้นไป โดยมีคะแนน อยู่
ระหว่าง 55-69 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแล ใช้ผู้ทรง
คุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาและภาษา รวม 5 คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้เสพติดยาบ้า	1 คน
อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ดูแล	1 คน
อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารกผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล	1 คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า	1 คน
นักจิตวิทยา (คลินิกยาเสพติด)	1 คน

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามทั้งหมดไปใช้กับ
ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐรักษ์ โดยทำ
การบันทึกชื่อ-สกุล ของผู้ดูแล และ Hospital Number ของผู้เสพติดยาบ้า เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูล
ซ้ำซ้อนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหา
สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) (ยูวดี ภาษา และคณะ,
2532 : 127) ดังสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left| \frac{1 - S_1^2}{S_2^2} \right|$$

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อถือได้

S_1^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_2^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียด และวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.00-15.00 น. โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะของประชากรที่กำหนด โดยได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 4-6 คน
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่รอพบแพทย์ หรือรอรับยา โดยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขณะที่ผู้เสพติดยาเข้าพบแพทย์ในห้องตรวจ หากผู้เสพติดยาอยู่กับผู้ดูแล ผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้เสพติดยาทราบถึงความจำเป็นที่ขอความเป็นส่วนตัว ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผู้เสพติดยาของผู้ดูแลตามลำดับ
6. ผู้วิจัยได้ใช้การสนทนาเพื่อการบำบัดและประคับประคองจิตใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะเทือนใจจากข้อคำถามที่กระตุ้นความรู้สึก หรือความต้องการระบายความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณวันละ 1-2 คน มีความทุกข์ใจ กังวลใจและเสียใจ ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก เสนอตัวยินดีรับฟังปัญหาและให้ข้อมูลในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบ ภายหลังการสนทนากลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายใจขึ้นที่มีการรับฟังปัญหา
7. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบได้ถูกต้อง มีเพียงส่วนน้อยที่ตอบไม่ครบถ้วน หรือตอบทั้ง 2 ตัวเลือก ผู้วิจัยแก้ไขโดยการนำแบบสอบถามนั้นกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างแก้ไขให้ถูกต้องและครบถ้วน
8. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาให้คะแนน และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยที่แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาและบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแล
2. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยคิดคะแนนสุขภาพจิตแบบ 0-0-1-1 และใช้จุดตัดคะแนนที่ 5/6
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามกลุ่มอาการ
4. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ยรายด้านและคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยแต่ละรายด้านและโดยรวม โดยจัดแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก
5. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล โดยใช้ chi - square test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่พาผู้เสพติดยาบ้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐธนบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2542 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้รับการดูแล
- ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ข้อมูล	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	46.1
หญิง	97	53.9
อายุ		
0-20 ปี	9	5.0
21- 40 ปี	53	29.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ข้อมูล	จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
41-60 ปี	59	32.8
60 ปี ขึ้นไป	59	32.8
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9	5.0
ประถมศึกษา	53	29.4
มัธยมศึกษา	59	32.8
อุดมศึกษา	59	32.8
อาชีพ		
รับจ้าง	66	36.7
เกษตรกร	9	5.0
ค้าขาย	50	27.8
รับราชการ	24	13.3
แม่บ้าน	15	8.3
อื่นๆ	16	8.9
รายได้		
ฟืดเคืองหรือไม่พอใช้	46	25.6
พอใช้หรือค่อนข้างดี	115	63.9
เหลือใช้	19	10.5
ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า		
บิดา	54	30.0
มารดา	56	31.1
ญาติ (ภรรยา,สามี,ย่า,ยาย,พี่สาว เป็นต้น)	68	37.8
พี่เลี้ยง	2	1.1

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้เสพติดยาบ้า และระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ข้อมูล	จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า		
ต่ำกว่า 1 เดือน	18	10.0
1 เดือน – 3 เดือน	25	13.8
3 เดือน - 6 เดือน	32	17.7
6 เดือน – 1 ปี	34	18.8
1 ปี – 2 ปี	31	17.2
2 ปี – 3 ปี	18	10.1
มากกว่า 3 ปี	22	12.2

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.9 มีอายุระหว่าง 41- 60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 32.8 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาในจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 32.2 อาชีพรับจ้างร้อยละ 36.7 รายได้พอดีหรือคล่องตัว คิดเป็นร้อยละ 63.9 เกี่ยวข้องกับผู้เสพติดยาบ้าในฐานะญาติ เช่น ภรรยา สามี ชายที่สาว เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 37.8 และเป็นบิดาหรือมารดาในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 30 และ 31.1 ส่วนใหญ่ดูแลผู้เสพติดยาบ้าในระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.8 และ 3 – 6 เดือน 1 – 2 ปี จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 17.7 และ 17.2

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้รับการดูแล คือผู้เสพติดยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาย้ำ ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาย้ำ

ข้อมูล		จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	161	89.4
	หญิง	19	10.6
อายุ	ต่ำกว่า 15 ปี	9	5.0
	15 – 19 ปี	70	38.8
	19 – 35 ปี	78	43.3
	35 ปี ขึ้นไป	13	7.2
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา		24	13.3
มัธยมศึกษา		122	67.8
อุดมศึกษา		34	18.9
อาชีพ			
รับจ้าง		24	13.3
ค้าขาย		13	7.2
รับราชการ		-	-
เกษตรกร		6	3.3
นักเรียน/นักศึกษา		73	40.6
ว่างงาน (ไม่มีอาชีพ)		64	35.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เสพติดยาบ้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อมูล	จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า		
ต่ำกว่า 1 เดือน	11	6.1
1 เดือน – 1 ปี	75	41.7
1 ปี – 2 ปี	41	22.8
2 ปี – 3 ปี	23	12.8
3 ปี – 4 ปี	15	8.3
4 ปี – 5 ปี	8	4.4
มากกว่า 5 ปี	7	3.9
จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ		
1 ครั้ง	153	85
2 ครั้ง	18	10.0
มากกว่า 2 ครั้ง	9	5.0

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.4 อยู่ช่วงอายุ 19- 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.8 อาชีพ นักเรียน นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.6 ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้านาน 1 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 และส่วนใหญ่มารับการรักษาซ้ำ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85

ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
แนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช	120	66.7
ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	60	33.3

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช

ตารางที่ 4 คะแนนเต็ม ช่วงคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ
คะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการสุขภาพจิต	คะแนน เต็ม	ช่วงคะแนน ของกลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. อาการทางกาย	7	0-7	2.92	0.77
2. ความวิตกกังวลและการนอน ไม่หลับ	7	0-7	3.57	0.64
3. ความบกพร่องทางสังคม	7	0-7	1.8	0.98
4. อาการซึมเศร้ารุนแรง	7	0-7	1.25	1.08
รวม	28	0-28	9.54	3.47

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้ามีคะแนนด้านความวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ในระดับสูง ได้แก่ มีความรู้สึกกังวลใจ กระวนกระวาย เครียดและมีอาการนอนไม่หลับ (คะแนนเฉลี่ย = 3.57) รองลงมาคือ อาการทางกาย ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบาย และสุขภาพไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย = 2.92) ส่วนคะแนนความบกพร่องทางสังคม เช่น การหางานทำไม่ไหวตัวเองว่างและทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ และคะแนนด้านอาการซึมเศร้ารุนแรง เช่น รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย ประสาทตึงเครียดมาก และคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 1.80 และ 1.25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ตารางที่ 5 คะแนนเต็ม พิสัย คะแนนเฉลี่ย ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย และระดับของพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมการดูแล	คะแนนเต็ม	พิสัย	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย	ระดับของพฤติกรรมการดูแล
1. ให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า	12	0-12	9.64	80.33	มาก
2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง	12	0-12	7.76	64.67	ปานกลาง
3. สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า	9	3-9	7.77	66	ปานกลาง
4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ	12	1-12	8.84	86.33	มาก
5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้เสพติดยาบ้า	6	1-6	4.58	73.67	ปานกลาง
6. แก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล	9	0-9	5.91	65.67	ปานกลาง
7. ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า	9	0-9	6.96	77.33	ปานกลาง
8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกละอกลก	6	0-6	4.62	77	ปานกลาง
9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	9	0-9	7.38	82	มาก
10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต	12	1-12	8.76	73	ปานกลาง
โดยรวม	96	6-96	72.2	75.21	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.21 ของคะแนนเฉลี่ย แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลในด้านมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และด้านให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.33 , 82 และ 80.33 ของคะแนนเฉลี่ย ตามลำดับ และมีคะแนนในด้านการให้กำลังใจ และให้ความหวังน้อยกว่าด้านอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 64.67

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแล

ระดับพฤติกรรมกร ดูแล	ภาวะสุขภาพจิต				χ^2	P-value
	มีแนวโน้มที่จะมี ความผิดปกติ ทางจิตเวช		ไม่มีความผิดปกติ ทางจิตเวช			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้อย	33	27.5	14	23.3	0.65	0.72
ปานกลาง	43	35.8	25	41.7		
มาก	44	36.7	21	35.5		
รวม	120	100	60	100		

จากตารางที่ 6 พบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.5) อายุ 41-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 32.8 เท่ากัน) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา (ร้อยละ 32.8) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.7) รายได้พอดี (ร้อยละ 63.9) เป็นบิดามารดาของผู้เสพติดยาบ้า (ร้อยละ 61.1) และให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้าเป็นระยะเวลานาน 6 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 18.8) ผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.4) อายุ 19-35 ปี (ร้อยละ 43.3) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 67.8) อาชีพนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 40.6) ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า 1 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 41.7) และมารับการรักษาซ้ำ 1 ครั้ง (ร้อยละ 85)

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช (ตารางที่ 3) คาดว่าการดูแลผู้เสพติดยาบ้าน่าจะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของฟองเซต (Fawcett, 1993 : 378) พบว่าผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด จะมีบุคลิกภาพ เปลี่ยนไป มีความทุกข์ทรมาน รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ว้าวุ่น เป็นทุกข์ เศร้า และสิ้นหวัง มารดาของผู้เสพติดยาบ้ารายหนึ่งบอกว่า “รู้สึกเลวร้ายสุดๆ เหมือนฟ้าผ่ากลางวัน สุขภาพจิตแย่” (ปราโมทย์ ชูคำ , 2542 : 34) และข้อมูลที่ได้จากการซักถามของผู้วิจัยโดยตรง พบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าร้อยละ 77 (ภาคผนวก ง.) มีความวิตกกังวลกลัวว่าผู้เสพติดยาบ้าจะเลิกเสพยาบ้าไม่ได้ กลัวผู้ป่วยไม่หายและเป็นมากขึ้น มีความสนใจในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลบหนีออกจากบ้านไปเสพยาบ้า ไม่กลับเข้าบ้าน นอนดึก ลักขโมย โกงหนัด หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้เสพยาบ้าที่มีอาการทางจิต ผู้ดูแลจะรู้สึกกลัวการทำร้ายร่างกายผู้ดูแล และทำร้ายตนเอง พร้อมทั้งกลัวการถูกตำราวจับดำเนินคดี จากการเสพติดยาบ้า และคดีอาชญากรรมที่ผู้เสพติดยาบ้าก่อขึ้น เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแล และผู้รับการดูแล สามารถนำมาอธิบายได้ในบางประเด็น ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีอายุในช่วง 41-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.8 เท่ากัน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างนี้มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช จึงแตกต่างจากการศึกษาของ จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2530 : 69) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีสุขภาพจิตดี โดยอธิบายว่าอายุยิ่งมากกิจกรรมในครอบครัว และสังคมก็น้อยลง ประสบการณ์ในชีวิตช่วยให้เกิดความรู้สึกรับต่อสภาพเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และจึงสามารถเผชิญกับปัญหา หรือภาวะเครียดในชีวิตได้ดี คนที่อายุมากขึ้นจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจในระดับต่างๆ ไปในทางที่ดีงามได้มาก สามารถควบคุมจิตใจได้ดีจึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย (วันเพ็ญ บุญประกอบ 2536: 173) อธิบายเพิ่มเติมว่า คนสูงอายุเป็นวัยของการเก็บเกี่ยวความภาคภูมิใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาไว้ในความทรงจำ แต่การที่ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 41-60 ปีขึ้นไป รวมกันถึงร้อยละ 65.6 และเป็นบิดามารดาของผู้เสพติดยาบ้า ร้อยละ 61.1 มีบุตรหลานติดยาบ้า นั้น ถือได้ว่าเป็นภาวะที่เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่สามารถเลี้ยงบุตรหลานให้ได้ดี การเสพติดยาบ้าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ดูแลรับไม่ได้ รู้สึกอับอายและปฏิเสธปัญหาการเสพติดยาบ้าของผู้ป่วย จากการสอบถามผู้ดูแลรายหนึ่งพูดถึงบุตรชายของตนที่ติดยาบ้าด้วยน้ำเสียงไม่พอใจว่า “เขาไม่ใช่ลูกของผม ถ้าเป็นลูกของผมต้องไม่ติดยา” สำหรับผู้ดูแลที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวช (ร้อยละ 33.3) อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากผู้เสพติดส่วนมาก ร้อยละ 85 กลับมารักษาซ้ำเพียง 1 ครั้ง และเป็นการเสพติดในระยะเริ่มแรก ผู้ดูแลยังมีความหวังว่าจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ เห็นได้จากมีผู้ดูแลจำนวนมากที่มีความเข้าใจว่าการรักษาการเสพติดเหมือนกับการรักษาโรคทางกายอื่นๆ ที่สามารถรักษาให้หายขาดได้จากโรงพยาบาล จึงมีผู้ดูแลร้อยละ 88.9 (ภาคผนวก ง.) ต้องการให้ทางเจ้าหน้าที่หรือนุเคราะห์ทางโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยให้หายขาด ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ดูแลและครอบครัวก็มีส่วนสำคัญในการรักษา และสร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้เสพติดสามารถกลับไปสู่ครอบครัว สังคม และป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการเสพติดซ้ำ (ธงชัย อุ้นเอกถาก, 2540 : 24 และจงรักษ์ กุลเศรษฐ์, 2541 : 142) อีกเหตุผลหนึ่งในผู้ดูแลที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวชอาจเป็นเพราะระดับการศึกษาของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนมาก (ร้อยละ 67.8) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหา และมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541 : 29)

2. พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.21 ของคะแนนเฉลี่ย โดยมีพฤติกรรมการดูแลในระดับมาก 3 ด้าน และมีพฤติกรรมการดูแลในระดับปานกลาง 7 ด้าน ผู้วิจัยจึงแยกอภิปรายตามระดับพฤติกรรมการดูแล ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลระดับมากมี 3 ด้าน (ตารางที่ 5) ได้แก่ ด้านมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอ และจริงใจ ด้านตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และด้านให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า (ร้อยละ 86.33 , 82 , 80.33 ของคะแนนเฉลี่ยตามลำดับ) พฤติกรรมการดูแลด้านสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอ และจริงใจ และด้านให้ความเมตตาแก่ผู้เสพติดยาบ้า มีพฤติกรรมการดูแลในระดับมาก อธิบายได้ว่า เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้เสพติดยาบ้าที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 61.1) ซึ่งโดยธรรมชาติของความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ ผู้เป็นบิดา มารดา ย่อมมีความเมตตา ให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ มีความปรารถนาจะให้ผู้เสพติดยาบ้าเลิกเสพยาบ้าให้ได้ จึงพยายามพรัสอน พูดชักจูง โน้มน้าว จากการสัมภาษณ์ผู้เสพติดยาบ้าพบว่า ผู้ดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีและต่อเนื่องกับผู้เสพติดยาบ้า เพื่อให้ผู้เสพติดยาบ้าเลิกเสพยาและกลับตัวเป็นคนดี โดยสอนและพูดทำความเข้าใจกับผู้เสพติดยาบ้าเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมด้านตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ที่สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค และอีกเหตุผลหนึ่งคือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้เสพติดยาบ้าปรากฏให้เห็นทางด้านร่างกาย ได้แก่ ร่างกายซูบผอม ทารุณ ไทรอม ผู้ดูแลจึงสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้มากกว่าด้านอื่นๆ

2.2 พฤติกรรมการดูแลระดับปานกลางมี 7 ด้าน คือ ด้านชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้เสพติดยาบ้าทั้งด้านบวกและด้านลบ ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต สังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า แก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล และให้กำลังใจและให้ความหวัง (ร้อยละ 77.33 , 77 , 73.67 , 73 , 66 , 65.67 และ 64.67 ของคะแนนเฉลี่ยตามลำดับ) แสดงถึงการปฏิบัติที่ใกล้เคียงกันของตัวเลือกในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งพบว่า มีบางข้อคำถามที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลใกล้เคียงกันใน 4 ตัวเลือก ที่เด่นชัด คือ ข้อ 7 (ตารางที่ 11) การที่ผู้ดูแลชักนำให้ผู้เสพติดยาบ้าได้พบปะกับบุคคลที่เลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ พบว่ามีผู้ดูแลเลือกตอบในตัวเลือกทำประจำ ทำบ่อย ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำ (ร้อยละ 25 , 30.6 , 15 และ 29 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า มีความปรารถนาที่จะให้ผู้เสพติดยาบ้าเลิกเสพยาบ้าให้ได้ จึงมีความพยายามที่จะพาผู้เสพติดยาบ้าไปพบปะกับบุคคลที่เลิก

เสพยาบ้าได้ เพื่อให้ผู้เสพติดยาบ้าเกิดแรงจูงใจ และมีความต้องการเลิกเสพยาบ้า จึงทำให้ผู้ดูแลทำพฤติกรรมนี้บ่อยครั้ง (ร้อยละ 30.6) แต่โดยธรรมชาติของการติดสารเสพติด ผู้เสพจะเลิกได้ยาก เนื่องจากมีพื้นฐานบุคลิกภาพแบบพึ่งพา มีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ทำให้มีผู้เสพที่สามารถเลิกเสพได้มีจำนวนน้อย ผู้เสพมักต้องกลับมารักษารักษาซ้ำ จากการศึกษาของกัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส พบว่าจากการติดตามผลหลังการจำหน่ายผู้เสพติดยาบ้าออกจากโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ พบว่ามีผู้เสพติดยาบ้ามีภาวะการติดยาบ้าซ้ำถึงร้อยละ 36 (กัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส , 2540 : 100)

ในข้อคำถามที่ 19 ถามถึงการที่ผู้ดูแลปรึกษากับผู้รู้ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเพื่อน ผู้มีประสบการณ์เดียวกัน เพื่อหาทางช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหของผู้เสพติดยาบ้า มีผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมในตัวเลือกทั้ง 4 ข้อใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26.1 , 31.1 , 23.9 และ 18.9) ตามลำดับ จึงไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้เสพติดยาบ้าได้อย่างใกล้ชิด ประกอบกับผู้ดูแลกลัวว่าผู้เสพยาบ้าจะเลิกเสพยาบ้าไม่ได้ กลัวไม่หาย และเป็นมากขึ้น ร้อยละ 77.7 (ภาคผนวก จ.) ผู้ดูแลมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือโดยรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากการเสพยาบ้า โดยให้เอาใจใส่ผู้เสพติดยาบ้าอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 88.5 (ภาคผนวก จ.) ผู้ดูแลจึงทำพฤติกรรมในข้อนี้บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ส่วนในผู้ดูแลที่ทำพฤติกรรมนี้นานๆ ครั้ง และไม่เคยทำเลย อาจเป็นเพราะโดยธรรมชาติของผู้เสพติดยาบานั้นสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่มีอาการทางกายที่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้นเมื่อรวมคะแนนของพฤติกรรมการดูแลรายข้อ และแต่ละด้าน จึงพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แสดงว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่ว่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่ ย่อมไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้เสพติดยาบ้า ของผู้ดูแลแล้วจะมีพฤติกรรมดูแลอย่างไร ซึ่งขัดแย้งกับข้อเขียนของยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม , 2539 : 84) ที่ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแล ความเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล และข้อเขียนของฟองเซต ที่ว่าผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดจะรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง แต่ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลผู้เสพติดเหมือนว่าเป้าหมายชีวิตของผู้ดูแล คือการช่วยเหลือผู้เสพติดให้รอดพ้น (Shaef, 1980 cited by Fawcett, 1993 : 378) อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชนั้น อาจจะไม่ใช่เหตุ

หรือผลโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า เนื่องจากผู้เสพติดยabanนั้นสามารถให้การดูแลตนเองได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ผู้ดูแลจึงไม่ต้องให้การดูแลมากนัก แต่ผู้ดูแลอาจมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชได้จากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัญหาสุขภาพเนื่องจากผู้ดูแลอยู่ในวัยที่อายุมากขึ้น อายุ 41-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 65.6 หรือจากปัญหาเศรษฐกิจที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 36.7 และ 27.8 ตามลำดับ และมีรายได้แค่พอใช้ ร้อยละ 63.9 ย่อมได้รับผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจนี้ด้วย เป็นต้น นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดที่อยู่ในครอบครัวทำให้ปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541 : 271) ทำให้ส่งผลต่อการดูแลที่ควรจะเป็น แต่ด้วยบทบาทที่สังคมคาดหวัง กลัวสังคมตำหนิ จึงต้องให้การดูแลไปตามหน้าที่ จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลนั้นเป็นไปโดยไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ที่ถูกต้อง และสภาวะของจิตใจที่แท้จริงของผู้ดูแล

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแล ผู้ดูแลจิตเวชของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐธนบุรี จำนวน 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐธนบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลเท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลเท่ากับ 0.80 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2542 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลทั้งผู้ดูแลและผู้ดูแลจิตเวช แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม และคิดคะแนนแบบ GHQ scoring แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลเป็นรายชื่อ วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ยรายด้านและร้อยละของคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน และโดยรวม กำหนดเกณฑ์พฤติกรรมการดูแลเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก และหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลโดยใช้ chi-square test ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.5) อายุ 41-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 32.8 เท่ากัน) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา (ร้อยละ 32.8 เท่ากัน) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.7) รายได้พอดีกับรายจ่าย (ร้อยละ 63.9) เป็นบิดา มารดาของผู้ดูแลจิตเวช (ร้อยละ 61.1) และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะเวลานาน 6 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 18.8) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.4) อายุ 19-35 ปี (ร้อยละ 43.3) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 67.8) อาชีพนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 40.6) ระยะเวลาที่ดูแลจิตเวชนาน 1 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 41.7) และมารับบริการรักษาซ้ำ 1 ครั้ง (ร้อยละ 85)

2. ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ผู้เสพติดยาบ้าร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช และร้อยละ 33.3 ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

3. พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.21 ของคะแนนเฉลี่ย โดยมีพฤติกรรมการดูแลที่ระดับมาก 3 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพ ที่สม่ำเสมอและจริงใจ ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 86.33 , 82 และ 80.33 ของคะแนนเฉลี่ยตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลที่ระดับปานกลางมี 7 ด้าน คือ การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้เสพติดยาบ้าทั้งด้านบวกและด้านลบ การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต การสังเกตและไวต่อการตอบสนองความต้องการของผู้เสพติดยาบ้า การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล และการให้กำลังใจและให้ความหวัง คิดเป็นร้อยละ 77.33 , 77 , 73.67 , 73 , 66 , 65.67 และ 64.67 ของคะแนนเฉลี่ย ตามลำดับ

4. สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช ดังนั้นพยาบาลจิตเวช ควรขยายขอบเขตการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า โดยให้บริการให้การปรึกษาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง การคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับยาบ้า และการดูแลผู้เสพติดยาบ้า โดยจัดในรูปสุขภาพจิตศึกษา

2. ควรจัดให้มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า และให้การช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเร่งด่วนของปัญหาสุขภาพจิต ได้ทันทั่วทั้งที่

3. พฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลระดับมาก 3 ด้าน และระดับปานกลาง 7 ด้าน พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าควงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลที่อยู่ในระดับมาก เช่น การพูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้าอย่างสม่ำเสมอด้วยคำพูดที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ดูแลเพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต แสดงความรัก ความห่วงใยอย่างจริงใจต่อผู้เสพติดยาบ้า และสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลในระดับปานกลาง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้เสพติดยาบ้า เช่น การรับฟัง พูดคุย การให้กำลังใจ การส่งเสริมให้ผู้เสพติดยาบ้าได้ทำกิจกรรมที่เขาสนใจและมีความสามารถ การชี้แนะวิธีการปฏิเสธคำชักชวนให้ใช้สารเสพติด การนำหลักคำสอนทางศาสนาต่างๆ มาร่วมอภิปรายกับผู้เสพติดยาบ้าให้เขาเห็นความเป็นจริงของชีวิต ตลอดจนการขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ หรือผู้มีประสบการณ์ เพื่อนำมาปรับใช้ในการให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้า เป็นต้น

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารควรกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานเพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า โดยจัดให้มีหน่วยงานให้บริการให้การปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตและการดูแลผู้เสพติดยาบ้าแก่ผู้ดูแล

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช และไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวชว่ามีพฤติกรรมการดูแลแตกต่างกันหรือไม่
2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองกับกลุ่มผู้ดูแลที่มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช เพื่อหา รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด
3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของการดูแลผู้เสพติดยาบ้า ต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). สรุปเนื้อหาการประชุมสัมมนาแนวทางการบำบัดรักษายาบ้า.. ม.ป.ท.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). รายงานวิเคราะห์ระบบข้อมูลการติดตามเสพติดประชากรซึ่งมารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2539.
กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2539). การแก้ปัญหายาเสพติดโดยองค์กรชุมชน ยุทธศาสตร์ใหม่สำหรับประเทศไทย. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส., 12 (2), 1-23.
- กวี ชีวะเสรีชล. (2540). ยาบ้า. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 11 (3), 65-70.
- กัลยา ธรรมคุณ. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติด. ม.ป.ท.
- กัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส. (2540). ปัจจัยการหายขาดและการเสพติดซ้ำของผู้เสพยาบ้าที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐราษฎร์. โรงพยาบาลรัฐราษฎร์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติกร ปัญญาภิญโญผล. (2532). การเตรียมโครงการวิจัย. เชียงใหม่: ภาควิชาประเมินผล และวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรงค์ กุลเศรษฐ์. (2541). การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้า โรงพยาบาลรัฐราษฎร์. วารสารกรมการแพทย์, 23 (4), 142-146.



ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (บรรณาธิการ). (2539). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของ
ญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศรี วงศ์รัตน. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนียเวช. (2540). ยัมส์เรียนรึยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร :
พัฒนาศ พรินทร์ตั้ง.

ธงชัย อุ่นเอกกลาง. (2541). การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก.
กรุงเทพมหานคร : สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ธนา นิลชัยโกวิท. จักฤษณ์ส สุขยิ่ง และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). GHQ ฉบับภาษาไทย.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41 (1), 2-17.

ธำรง ทศนาญชลี. (2538). การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. วารสารกรมการแพทย์, 20
(10), 373-380.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2538). หลักการวิจัยทางสาขารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลง
กรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดย
วิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). ยาน้ำ: ยามหันตภัย. สารศิริราช, 45 (11), 802-803.

นิภา ศรีไพโรจน์. (2529). หลักการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : ศึกษาพร.

- บุญกร อินทรวิชัย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- ปราโมทย์ ชูคำ. (2539). ยาน้ำ: การบำบัดรักษาและการจัดการในทักษะของแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 22 (2), 91-97.
- ปรีดา ทศนประดิษฐ์ และจิต สิริธอมร. (2536). การเขียนโครงร่างวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (2539). การดูแลแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (1), 26-34.
- พรศรี ศรีอัญญาพร และชวดี วัฒนานนท์. (บรรณาธิการ). (2529). สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : เจริญผล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : เจริญผล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. หาดใหญ่: อัลลายด์เพรส.
- กัญญา ทองชัย. (2540). การแก้ปัญหาสุขภาพเสถียร กรอบแนวคิดและมาตรการที่ต้องพัฒนา. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส., 13 (2), 44-52.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2539). จิตเวชศาสตร์ รามาชิปติ. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.

มารยาท วัชรเกียรติ. (2536). ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยี่สุน ใจดี. (2540). ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2540). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2 (1), 84-94.

รัตนา บรรณาธรรม. (2540). มหันตภัยยาบ้า. วารสารต่อต้านยาเสพติด, 13 (1), 14-28.

รุจิพร พงษ์สวัสดิ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลในวิชาชีพของหัวหน้าหอผู้ป่วยและของเพื่อนร่วมงานกับความเชื่อมั่นผูกพันต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (4), 33-37.

ศิริชัย กาญจนวาสี ทวีวัฒน์ ปิตวานนท์ และ ดิเรก ศรีสุโข. (2540). การใช้สถิติที่เหมาะสมกับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : พชรกานต์พับลิเคชั่น.

ศรีวรรณ เจียรวัฒนชัย. (2538). บทบาทของครอบครัวกับการป้องกันและแก้ปัญหาคาติดยาเสพติดในเด็กและเยาวชน. ปริญญาบัตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, หลักสูตรปรอ. รุ่นที่ 8.

สกุรัตน์ จารุสันติกุล. (2541). เมื่อลูกติดสารเสพติด. บทความสุขภาพจิต, 4 (3), 14-15.

สมจิต ภาติกร. (2527). มูลเหตุจูงใจเสพยาให้โทษและสารเสพติดของเด็กชายวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิตต์ วงษ์ป่า. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีภาวะพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา. ม.ป.ท.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : วีจีพรีนติ้ง.

สมภพ เรืองตระกูล. (2533). คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว.

สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา. (2540). การบำบัดรักษาผู้เสพติดสารเสพติด. วารสารต่อต้านยาเสพติด, 13 (1), 43-48.

สาธิต ปิยะพงษ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้า. ม.ป.ท.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2538). การใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺. กรุงเทพมหานคร : เลียงเชียง.

เสรี ลาขโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการสอนชุดวิชาวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : สุโขทัยธรรมาธิราช.

อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.

Antai, O.D. (1995). Psychiatric Nursing, biological and behavioral concepts. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Armilla, Joe. (2529). ความคิดเห็นของประชาชนในเขตเมืองต่อการปราบปรามยาเสพติด. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส., 4 (2), 68-70.

Calleri, P.P. (1997). Use of analogy to educate clients about the roles of neurotransmitters in addictions. Journal of Psychosocial Nursing, 35 (11), 14-17.

Fawcett, C.S. (1993). Family psychiatric Nursing. St. Louis : Mosby.

Finke, L.M. (1992). Substance Abuse A Comprehensive Textbook. Gaithersburg ๗ An Aspen Publication.

Friedman, A.S., Terras, A. & Kreisher, C. (1995). Family and Client Characteristics as Predictors of Outpatient Treatment Outcome for Adolescent Drug Abusers. Journal of Substance Abuse, 7 (1), 345-356.

Friendman, H. (1996). Drug of Abuse, Immunity and Infection. New York : CRC Press.

Friendman, L. (1996). Source book of Substance Abuse and Addiction. Baltimore : Williams & Wilkins.

Friedman, M.M. (1981). Family Nursing. New York : Appleton Century Crofts.

Ghodse, H. (1995). Drug and Addictive Behavior : a guide to treatment. London : Black well Science.

Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, K.B. & Shepherd, M. (1970). A standard psychiatric interview for use in community surveys. British Journal of Preventive and Social Medicine, 24 (February), 18-23.

Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Winsor : The NEER - NELSON.

- Goldberg, et al. (1997). The Validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Journal of Psychological, 27 (January), 191-197.
- Hall, W., et al. (1996). Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. Addiction, 91 (11), 81-89.
- Jahoda, M. (1958). Current Concepts of Positive Mental health. New York : New York Book Company.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore, S. (1977). Social Support and Health. Medical Care, 15, 40-51.
- Kemp, C. (1995). Family caregiving systems : Models, resources, and values. Journal of Marriage and the Family, 57. 179-189.
- Klein, S.S. (1989), Caregiver burden and moral development. Journal of Nursing Scholarship, 21 (2), 94-97.
- Knight, D.K. & Simson, D.D. (1996). Influences of Family and friends on client progress during drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse, 8 (40), 417-429.
- Lazarus, R.S. (1996). Psychological stress and coping process. New York : Mc.Graw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress Appraisal and Coping. New York : Springes.
- Leininger, M.M. (1981). Caring: an essential human need : proceeding of Three National Caring Conference. New York : Charles B. Slack.

Leininger, M.M. (1988). Leininger's theory of Nursing : Cultural care diversity and universality. Nursing Science Quarterly, 2 (4), 11-20.

Manatt, M. (1980). Parent, Pur and Pot. (กิติมา อมรทัต, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Manfreda. L.M. & Krampitz. S.D. (1973). Psychiatric Nursing. F.A. Davis : Philadelphia.

MC. Cubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1988). Family Stress theory and Assesment.
Wisconsin : University of Wisconsin-Madison.

Mouly, G.J. (1965). Psychology for Effective Teaching. New York : Holt Richart and
Winston.

Piceinato, J.M. & Rossendaum, J.N. (1997). Caregiver Hardiness Explored with in
Watson's theory of Human caring in Nursing. Journal of Gerontological Nursing,
32-39.

Polit, D.F. (1991). Nursing Research: Principle and Method. Philadelphia. : J.B.
Lippincott .

Richart, A.L. (1977). Self Concept and Drug Addiction : A Controll Study of White
Middle Socioeconomic Status Addicts. Marryland : National Institute on Drug
Abuse.

Rush, B. (1996). Alcohol and other drug problem and treatment system: a teamwork of
research and development. Addiction, 19 (5), 629-642.

Sheeharr, N.W., & Nuttall, P. (1988). Conflict, Emotion and personal atrain among family
caregivers. Family Relation, 37, 92-98.

- Siddall, J.W. and Conway, G.L. (1988). Interactional variable associated with retention and success in residential drug treatment. International Journal of the Addiction, 23, 1241-1254.
- Sirapo - ngam, y. (1994). Stress, caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients. Doctoral dissertation of Science in Nursing University of Alabama at Birmingham.
- Spencer, C.P. & Navartnam, I.V. (1981). Drug Abuse in East Asia. London : Oxford University Press.
- Townsend, M.C. (1993). Psychiatric: Mental Health Nursing Concepts of care. Philadelphia. : F.A. Davis.
- Watson, J. (1985). The philosophy and Science of Caring. Colorado : Colorado associated university press.
- Watson, J. (1988). Nursing: human science and human care a theory of Nursing. New York : National League for Nursing.
- Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. Nursing Science Quarterly, 1 (November), 175-181.
- Watson, J. (1999, March 6), Personal letter.
- Will, T.A. (1990). Multiple networks and substance use. Journal of Social Psychology, 9, 78-90.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. นายแพทย์ สมิต วัฒนธัญญกรรม
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์
รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. คุณวันเพ็ญ สวนสีดา
นักจิตวิทยา 7 (คลินิกยาเสพติด) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
5. คุณคุณณี ชาญปรีชา
พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ภาคผนวก ข.

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า

ดิฉัน นางปาริชาติ แวนไวยาศตร์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาเรื่องสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้า และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลส่งเสริมหรือปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าให้ถูกต้องเหมาะสม

ถ้าท่านเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม เป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงให้บริการทางสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีอธิบายให้ท่านเข้าใจก่อน และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ปาริชาติ แวนไวยาศตร์

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค.



เลขที่แบบบันทึก

--	--	--

วันที่บันทึก.....

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อมูลผู้เกี่ยวกับตัวผู้ดูแล

1. เพศ
 () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 () ต่ำกว่าประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ประถมศึกษา () อุดมศึกษา
4. อาชีพ
 () รับจ้าง
 () เกษตรกร
 () ค้าขาย
 () รับราชการ
 () แม่บ้าน
 () อื่น ๆ (ระบุ)
5. รายได้
 () ฝืดเคืองหรือไม่พอใช้
 () พอดีหรือคล่องตัว
 () เหลือใช้
6. ท่านเกี่ยวข้องกับอย่างไรกับผู้เสพติดยาบ้า
 () บิดา
 () มารดา
 () ญาติ ระบุ.....
 () พี่เลี้ยง

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้เสพติดยาบ้า.....
8. วันที่จะมาพบแพทย์ครั้งต่อไป.....

ข้อมูลผู้เกี่ยวกับตัวผู้เสพติดยาบ้า

.....

1. เพศ
 () ชาย () หญิง
2. อายุ
 () ต่ำกว่า 15 ปี () 15-19 ปี () 19-35 ปี () 35 ปี ขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา
 () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา
 () อุดมศึกษา
4. อาชีพ
 () รับจ้าง
 () ค้าขาย
 () รับราชการ
 () เกษตรกร
 () นักเรียนหรือนักศึกษา
 () ว่างงาน (ไม่มีอาชีพ)
 () อื่น ๆ (ระบุ)
5. ระยะเวลาที่เสพติดยาบ้า.....
6. จำนวนครั้งของการกลับมารักษายา.....

เลขที่แบบบันทึก

--	--	--

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสุขภาพทั่วไปของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรบ้าง ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อความนั้น ๆ ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความรู้สึก หรือสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ในระหว่างที่ผ่านมาท่าน

1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ แย่กว่าปกติ ☐ แย่กว่าปกติมาก

2) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

3) รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี

.

.

.

26) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียดมาก

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

27) พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

28) พบว่ามีความรู้สึกที่อยากทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ

☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก

--	--	--

แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลผู้เสพติดยาบ้า ซึ่งในแต่ละข้อต่อไปนี้เป็นคำบรรยายเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้า ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อความนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ดังนี้

ทำประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วย
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้มากกว่า 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน
ทำนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลย

ข้อ	พฤติกรรม การดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล	ทำ ประจำ	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำ
1	ใช้น้ำเสียงนุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้า				
2	ใช้เวลาแก่ผู้เสพติดยาบ้าในการพูดคุย				
3	เอาใจใส่ สนใจในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพติดยาบ้า				
30	ช่วยให้ผู้เสพติดยาบ้าเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุแห่งทุกข์ และวิธีการที่เหมาะสมในการหลีกเลี่ยงทุกข์				
31	ช่วยให้ผู้เสพติดยาบ้ามีความเข้าใจในตนเอง เข้มแข็ง อดทนเชื่อมั่นว่าอุปสรรคทั้งหลายจะพ่ายแพ้ไปในที่สุด				
32	หยิบยกคำสอนง่าย ๆ ทางศาสนา มาพูดคุยวิเคราะห์ วิจารณ์ร่วมกับผู้เสพติดยาบ้าเพื่อให้เห็นความเป็นจริงของชีวิต				

- 1. มีกิจกรรมการดูแลใดที่ท่านได้กระทำนอกเหนือจากพฤติกรรมกรรมการดูแลในข้อคำถาม
.....
.....
- 2. มีอะไรที่ท่านรู้สึกหนักใจในขณะนี้
.....
.....
- 3. ท่านมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรคนใดช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง
.....
.....



ภาคผนวก ง.

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตและคะแนนพฤติกรรมการดูแล
ผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของคะแนนของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าด้านอาการทางกาย จำแนก
ตามรายชื่อ

ข้อ	สุขภาพจิต	ดีกว่าปกติ / ไม่เลย		เหมือนปกติ / ไม่มากกว่า ปกติ		แย่กว่าปกติ / ค่อนข้างมาก กว่าปกติ		แย่กว่าปกติ มาก / มากกว่า ปกติมาก	
		จำ	ร้อย	จำ	ร้อย	จำ	ร้อย	จำ	ร้อย
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
1	รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	11	6.1	59	32.7	81	45	29	16.1
2	รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มิกำลังวังชา	79	43.8	59	32.7	37	20.5	5	2.7
3	รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	30	16.6	64	35.5	67	37.2	19	10.5
4	รู้สึกไม่สบาย	35	19.4	60	33.3	70	38.8	15	8.3
5	เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	42	23.3	66	36.6	54	30.0	18	10.0
6	รู้สึกตัวหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	33	18.3	60	33.3	66	36.6	21	11.6
7	มีอาการรบกวนหรือหนาว	59	32.7	74	41.1	39	21.6	8	4.4

* ข้อที่ 1 ใช้ตัวเลือก ดีกว่าปกติ เหมือนปกติ แย่กว่าปกติ และแย่กว่าปกติมาก

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	สุขภาพจิต	ไม่เลย		ไม่มากกว่าปกติ		ค่อนข้างมากกว่าปกติ		มากกว่าปกติมาก	
		จำนวน		จำนวน		จำนวน		จำนวน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8	นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	2	12.2	48	26.6	74	41.1	36	20.0
9	ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	33	18.3	54	30.0	76	42.2	17	9.4
10	รู้สึกตัวเริ่ดอยู่ตลอดเวลา	26	14.4	56	31.1	68	37.7	30	16.6
11	รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี	22	12.2	52	28.8	79	43.8	27	15.0
12	รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	53	29.4	60	33.3	52	28.8	15	8.3
13	รู้สึกเรื่องต่างๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	37	20.5	60	33.3	61	33.8	22	12.2
14	รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเริ่ดอยู่ตลอดเวลา	20	11.1	63	35.0	81	45.0	16	8.8

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้เสพติดยาบ้าด้านความบกพร่อง ทาง
สังคม จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	สุขภาพจิต	ไม่เลย		ไม่มากกว่าปกติ		ค่อนข้างมากกว่าปกติ		มากกว่าปกติมาก	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
15	หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	32	17.7	96	38.3	44	24.4	8	4.4
16	หาอะไรซำกว่าปกติ	64	35.5	65	36.1	35	19.4	16	8.8
17	รู้สึกโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	32	17.7	109	60.5	27	15.0	12	6.6
18	พอใจกับการทำงานที่ว่างไป	29	16.1	100	55.5	43	23.8	8	4.4
19	รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	28	15.5	104	57.7	39	21.6	9	5.0
20	รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	20	11.1	112	62.2	42	23.3	6	3.3
21	สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	26	14.4	118	65.5	32	17.7	4	2.2

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดยาบ้า ด้านอาการซึมเศร้ารุนแรง จำแนกตามรายข้อ

ข้อ	สุขภาพจิต	ไม่เลย		ไม่มากกว่าปกติ		ค่อนข้างมากกว่าปกติ		มากกว่าปกติมาก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
22	คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	83	46.1	58	32.2	25	13.8	14	7.7
23	รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	96	53.3	49	27.2	22	12.2	13	7.2
24	รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	105	58.3	46	25.5	23	12.7	6	3.3
25	คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	124	68.8	36	20.0	15	8.3	5	2.7
26	รู้สึกบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	63	35.0	57	31.6	46	25.5	14	7.7
27	พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ	11.2	62.2	46	25.5	17	7.7	8	4.4
28	พบว่ามีความรู้สึกที่อยากทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ	111	61.6	43	23.8	20	11.1	6	3.3

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพติดยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
	ด้านให้ความเมตตาต่อผู้เสพติดยาบ้า	356	16.84	267	12.36	81	03.75	16	0.74
1	ใช้น้ำเสียงนุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้า	86	47.8	66	36.7	24	13.3	4	2.2
2	ใช้เวลาแก่ผู้เสพติดยาบ้าในการพูดคุย	71	39.4	79	43.9	28	15.6	2	1.1
3	เอาใจใส่ สนใจในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพติดยาบ้าด้านให้กำลังใจและให้ความหวัง	88	48.9	69	38.3	15	8.3	8	4.4
4	บอกให้ผู้เสพติดยาบ้าทราบถึงความรัก ความห่วงใยที่ท่านมีให้	111	61.7	53	29.4	14	7.8	2	1.1
	ด้านให้กำลังใจและให้ความหวัง	245	44.34	243	11.25	138	6.38	94	4.35
5	พูดคุยให้ผู้เสพติดยาบ้าเห็นสิ่งที่ดีในตัวเอง เช่น เขาเป็นนักกีฬาที่เก่ง เรียนเก่ง เป็นต้น	71	39.4	58	32.2	28	15.6	23	12.8
6	ให้คำชมเชยทันทีเมื่อผู้เสพติดยาบ้ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ไม่ก้าวร้าว เป็นต้น	70	38.9	59	32.8	40	22.2	11	6.1

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพติดยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
7	ชักนำให้ผู้เสพติดยาบ้าได้พบปะ กับบุคคลที่เลิกเสพติดยาบ้าได้ สำเร็จ	45	25.0	55	30.6	27	15.0	53	29.4
8	หิบบกพฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ยกย่องชมเชย	59	32.8	71	39.4	43	23.9	7	3.9
	ด้านสังเกตและไวต่อการตอบ สนองความต้องการของผู้ เสพติดยาบ้า	292	18.0	192	11.8	52	3.20	4	0.24
9	สังเกตและให้การดูแลเมื่อผู้ เสพติดยาบ้ามีการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย เช่น ผอมลง ซีด	96	53.3	66	36.7	18	10.0	-	-
10	สังเกตและให้การดูแลเมื่อผู้ เสพติดยาบ้ามีการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย โมโห และ โกรธง่าย	89	49.4	70	38.9	18	10.0	3	1.7
11	สังเกตและให้การดูแลเมื่อผู้ เสพติดยาบ้ามีการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรม เช่น หายออก จากบ้าน ไม่ยอมนอน หรือ นอนทั้งวัน ไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหาร อาหารมากกว่าปกติ	107	59.4	56	31.1	16	8.9	1	0.6

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพติดยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
	ด้านมีสัมพันธภาพที่ สม่ำเสมอและจริงใจ	242	11.20	287	13.28	153	7.08	38	1.75
12	ชักชวนพูดคุยสารทุกข์สุกดิบ ในแต่ละวัน	64	35.6	69	38.3	43	23.9	4	2.2
13	พูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้าด้วยคำ พูดที่สุดเจน เข้าใจง่าย ตรงไป ตรงมา	84	46.7	61	33.9	32	17.8	3	1.7
14	แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ สื่กระหว่างกันกับผู้เสพติดยาบ้า	46	25.6	70	38.9	42	23.3	22	12.2
15	เปิดโอกาสให้ผู้เสพติดยาบ้า อธิบายเหตุผลเกี่ยวกับการ กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของ ตนเอง	48	26.7	87	48.3	36	20.0	9	5.0
	ด้านแสดงการยอมรับพฤติ กรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ของผู้เสพติดยาบ้า	144	13.33	143	13.24	59	5.46	14	1.29
16	พยายามระงับอารมณ์เมื่อต้อง เผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมของผู้เสพติดยาบ้า	80	44.4	70	38.9	26	14.4	4	2.2
17	รับฟังเรื่องราวทุกเรื่องที่ผู้เสพ ยาบ้าเล่า หรือระบาย ให้ฟัง	64	35.6	73	40.6	33	18.3	10	5.6

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพติดยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
	ด้านแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล	157	9.69	201	12.40	120	7.40	62	3.82
	ผล								
18	พูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้าเพื่อร่วมกัน หาสาเหตุของพฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลงไป เช่น การขาด ความรับผิดชอบในการเรียนหรือ หน้าที่การงาน มีอารมณ์ที่ หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่าย	60	33.3	81	45.0	32	17.8	7	3.9
19	ปรึกษากับผู้รู้ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเพื่อนผู้มีประสบ การณ์เดียวกันเพื่อหาทางช่วย เหลือหรือแก้ไขปัญหของผู้เสพติด ยาบ้า	47	26.1	56	31.1	43	23.9	34	18.9
20	ร่วมกับผู้เสพติดยาบ้าในการ พิจารณาวางแผนแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	50	27.8	64	35.6	45	25.0	21	11.7
	ด้านชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้เสพติดยาบ้า	231	14.25	203	12.53	81	5	25	1.54
21	พูดคุยกับผู้เสพติดยาบ้าในการ พิจารณาวางแผนแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	80	44.4	73	40.6	22	12.2	5	2.8
22	ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้เสพติดยาบ้า เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงหรือป้อง กันตนเองจากยาบ้า เช่น การคบเพื่อน ฯลฯ เป็นต้น	89	49.4	63	35.0	22	12.2	6	3.3

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพยาบ้าของผู้ดูแล จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
23	ชี้แนะวิธีการปฏิเสธคำ ชักชวนที่เหมาะสมและเป็นที่ ยอมรับของเพื่อน ๆ	62	34.4	67	37.2	37	20.6	14	7.8
	ด้านจัดหรือปรับปรุง สิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึก ปลอดภัย	163	15.06	72	6.66	75	6.94	20	1.85
24	จัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด สะดวกสบายและมีความ ปลอดภัย	91	50.6	50	27.8	29	16.1	10	5.6
25	สร้างบรรยากาศภายใน ครอบครัวให้อบอุ่น โดยทำ กิจกรรมร่วมกัน มีการพูดคุย หยอกล้อกัน	72	40.0	52	28.9	46	25.6	10	5.6
	ด้านตอบสนองความต้องการ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	337	20.82	170	10.49	70	4.32	29	1.79
26	ดูแลให้ผู้เสพยาบ้าได้รับ อาหารและน้ำเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย	115	63.9	55	30.6	6	3.3	4	2.2
27	ชักชวนผู้เสพยาบ้าเข้าร่วมกิจ กรรมของครอบครัว เช่น การ พักผ่อน ดูโทรทัศน์ด้วย กัน เป็นต้น	90	50.0	57	31.7	23	12.8	10	5.6
28	ส่งเสริมให้ผู้เสพยาบ้าได้ทำ กิจกรรมที่เขาสนใจ และมี ความสามารถ เช่น ดนตรี	66	36.7	58	32.2	41	22.8	15	8.3

ตารางที่ 11 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล
จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	พฤติกรรมการดูแล ผู้เสพติดยาบ้า	ทำประจำ		ทำบ่อยครั้ง		ทำนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยทำ	
		จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ
		นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
	ด้านช่วยให้เกิดความเข้าใจใน ความเป็นจริงของชีวิต	302	13.98	255	11.80	122	5.64	41	1.89
29	พูดคุยกับผู้เสพติดยาเกี่ยวกับ วิถีทางและการดำเนินชีวิตที่ ถูกต้อง	95	52.8	62	34.4	19	10.6	4	2.2
30	ช่วยให้ผู้เสพติดยาเกิดความ เข้าใจเกี่ยวกับเหตุแห่งทุกข์ และวิธีการที่เหมาะสมในการ หลีกเลี่ยงทุกข์	77	42.8	67	37.2	28	15.6	8	4.4
31	ช่วยให้ผู้เสพติดยามีความเข้าใจ ใจตนเอง เข้มแข็ง อดทน เชื่อมั่นว่าอุปสรรคทั้งหลาย จะพ่ายแพ้ไปในที่สุด	79	43.9	64	35.6	34	18.9	3	1.7
32	หยิบยกคำสอนง่าย ๆ ทาง ศาสนา มาพูดคุยวิเคราะห์ วิจารณ์ร่วมกับผู้เสพติดยาเพื่อ ให้เห็นความเป็นจริงของชีวิต	51	28.3	62	34.4	41	22.8	26	14.4

ภาคผนวก จ.

ข้อมูลจากการตอบคำถามปลายเปิดของผู้ดูแล

1. มีกิจกรรมการดูแลอะไรที่ผู้ดูแลได้กระทำนอกเหนือจากพฤติกรรมดูแลในข้อคำถาม พบว่า
 - 88.9% ไม่มีการดูแลที่กระทำนอกเหนือจากข้อคำถามพฤติกรรมดูแล
 - 4.4% คอยเฝ้าติดตามให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือฝากเพื่อนบ้านให้คอยสอดส่องดูแล
 - 3.3% พาผู้ป่วยไปรักษาตามสถานที่ต่างๆ
 - 1.1% ชวนผู้ป่วยไปทำบุญนั่งสมาธิ
 - 0.5% ทำโทษผู้ป่วยด้วยการเหน็บติ ทุบ บ่นว่าผู้ป่วยทุกวันแต่ผู้ป่วยไม่ฟัง หา งาน ประจำให้ผู้ป่วยทำ และซื้อของที่ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ป่วย
2. มีอะไรที่ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจในขณะนี้ พบว่า
 - 77.7% กลัวว่าผู้ป่วยจะเลิกเสพยาบ้าไม่ได้ กลัวไม่หายและเป็นมากขึ้น
 - 14.4% หนักใจในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การหลบหนีออกจาก บ้านไป เสพยาบ้า ไม่กลับเข้าบ้าน นอนดึก ลักขโมย โกหก หงุดหงิด จี้ โมโห มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล
 - 5.5% กลัวผู้ป่วยคิดสั้นฆ่าตัวตายหนีปัญหา และกลัวผู้ป่วยถูกตำรวจจับดำเนินคดี
3. ผู้ดูแลมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรคนใดช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง พบว่า
 - 88.9% ให้รักษาผู้ป่วยให้หายขาด เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 - 5.5% ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องยาบ้า ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำการแก้ไขปัญหที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ทางราชการมีการปราบปรามยาบ้าอย่างจริงจัง
 - 4.4% ฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างและจิตใจ ช่วยอบรมผู้ป่วยให้เป็นคนดี เพราะผู้ป่วยไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ให้เขาได้สำนึกถึงบาปที่ได้ทำไว้กับพ่อแม่
 - 2.7% ให้ช่วยรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) และมีโครงการตรวจหายา บ้าในโรงเรียนและสถานศึกษา
 - 1.1% ผู้ดูแลกล่าวขอบคุณเจ้าหน้าที่และทางโรงพยาบาลบุญรักษ์ ที่ให้การดูแลและให้คำปรึกษาอย่างดี
 - 0.5% ต้องการพบจิตแพทย์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางปาริชาติ แว่นไวยาศตร์
วัน เดือน ปีเกิด	1 พฤษภาคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดอ่างทอง ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์, พ.ศ. 2529-2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2540-2542 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน ประจำปีการศึกษา 2541 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ. 2533 - 2535	โรงพยาบาลอ่างทอง
	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 3
พ.ศ. 2536	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 4
พ.ศ. 2537 - ปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา
	สถาบันพระบรมราชชนก
	กระทรวงสาธารณสุข
	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 6 (ด้านการสอน)

MENTAL HEALTH AND CARING BEHAVIORS OF CHREGIVERS OF AMPHETAMINE USERS.

Introduction

Amphetamine abuse is a serious problem due to its widespread. The problem is more serious especially in adolescence whether learning at school or not and when living at urban and rural areas Kawee Cheewaserichol, 1998 : 10-11). Amphetamine addiction is a public health problem but its epidemic nature is different from other sickness problems. Its nature is like a criminal problem due to the relationship between peoples. Behavior imitation that deviates from social norms makes people believe that amphetamine addiction is a social problem ; however, it is a psychophysiological problem (Thongchai Unaeklaph, 1997 : 24).

In Thailand, amphetamine abuse was found in a schools survey. Those schools in the Central region had 2.08% at use Northern region 1.94%, Northeastern region 0.12%, and Southern region 0.30% (October 1985 to February 1996. Division of Narcotics Analysis, Department of Medical Science. Ministry of Public Health). The most severely affected province is the Central region. Causes of abuse in adolescence for entertainment, to try a new experience and to be induce to try it by other people for some benefit. Public Health Ministry Declaration No. 135 (1996) changed the classification of amphetamine from a psychoactive substance to an addictive substance type I (effective at October 16, 1996). The Government implemented an urgent policy to reduce amphetamine abuse by suppression of the producer, distributor and seller. That resulted in an increase in amphetamine patients (Warang Boonchuy et al, 1996 ; cite by Kawee Cheewaserichol, 1998 :10-11). In Thanyarak Hospital, a public hospital for addicts and Thanyarak hospital for addicted patients in the there were Central Region, 3,931 amphetamine cases at in-patients service (51.50%) and 2,005 cases in outpatient service (72.02%) in 1998.

These outpatients had to live with their family, and the family was beneficial in caring for these outpatients and they expected to have a major role in depending on each

other (May, 1993 : 270, cited by Sureeratana Chungkawassak, 1999 : 64) so the primary caregivers are their parents.

Caring is a response to need from psychophysioloemotional defect of the patient. The result from caring can cause stress and emotional problem caregivers and is related to the physical and mental health of caregivers especially in amphetamine abuse caregivers (Yapapin Siripongam, 1996 : 84). The amphetamine abuse caregiver may be stressed easily from caring for an amphetamine abuser because there are many changes in amphetamine abusers : debilitation fatigue, anorexia and insomnia (Somchit Patikorn, 1983 : 43-45). When the abuser does not take amphetamine, they may have withdrawal symptoms, agitation, fatigue and depression (Thongchai Unaekklaph, 1997 : 24). The abuser taking high doses of amphetamine may have withdrawal symptoms which need special attention. Another symptom is suicide (Sarayuth Bunchaipanichwatana, 1997 : 45-46). Also, they can have emotional change : be absorbed in amphetamine, strive for amphetamine taking be irritable and aggressive. Those who take high doses of amphetamine may have psychiatric illness : auditory or visual hallucination or paranoia. They will lose socialization and responsibility (Chaweewan Satayatham, 1996 : 307-308). They decline in job efficiency and social interaction (Suchat Trithipthikhun, 1997 : 27). The caregiver who faces those changes in the abuser may feel worry, frustration, despair and guilt (Hearth, 1993 : Obverts, et al, 1989, cited by Choochun Cheewapunpol, 1998 : 45). Parents who have an amphetamine abuser in the family may feel powerless, or inefficient, in controlling their child, so they may develop emotional signs such as depression or anxiety (Umaporn Trangkasombat, 1997 : 270). The family members may feel confused when they know that they have a member who became amphetamine addict. They may feel sad, hopeless and lose happy of memories in their past life in the family (Fawcet, 1993 : 378). A mother who had an amphetamine addict in her family said "it was the worst feeling like a thunderbolt hit in daytime, suffer hardship in her mind" (Pramot Choodam, 1997 : 34).

Stress, anxiety, frustration, hopeless, ness confusion, depression and suffering are indicators to the mental health of the caregiver. The caregivers have many jobs in their daily life. When they have a burden from caring for an amphetamine abuser, their

caring and caring behavior may be affected. The researcher will study mental health, and caring behavior of amphetamine abuser's caregivers and their relationship. The research data may be useful to promote, prevent, correct and help caregivers' mental health and caring behavior. This will be beneficial for the caregivers and the abuser finally.

A Summary of Abstract

Mental health constitutes a vital part of an individual's well-being. People who have good mental health are those who can adapt effectively in their daily living. Caregivers of amphetamine users face severe stress and are at risk of developing a disorder from caring for their ill member. The objectives of this study were to study the mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamine users and the relationship between mental health and caring behaviors. The sample consisted of 180 caregivers, who brought their ill member to Thanyarak Hospital during March to May 1999. The General Health Questionnaire-28 (Thai-version), developed by Goldberg and translated by Tana Nichaikovit and his colleague, and the Caring Behaviors, were used for data collection. The reliability of the questionnaires tested by Cronbach's alpha coefficient were 0.90 and 0.86 respectively. The data were analyzed by mean and percentage and the relationship between mental health and caring behaviors were analyzed by the Chi-square test.

The results showed that 66.7 percent of the subjects had potential psychiatric disorders, with higher scores in sub-scale anxiety and insomnia than in other sub-scales. The subjects had caring behaviors at a moderate level with a percentage mean score of 75.21. There was no significant relationship between mental health and caring behaviors of amphetamine users. ($p > .05$)

This study suggests that nursing care should be developed to instill good mental health of caregivers of amphetamine users because the caregivers were in a high risk group. Therefore, that they should receive support in preventing mental health problems in order to maintain the appropriate caring behaviors of caregivers of amphetamine users.

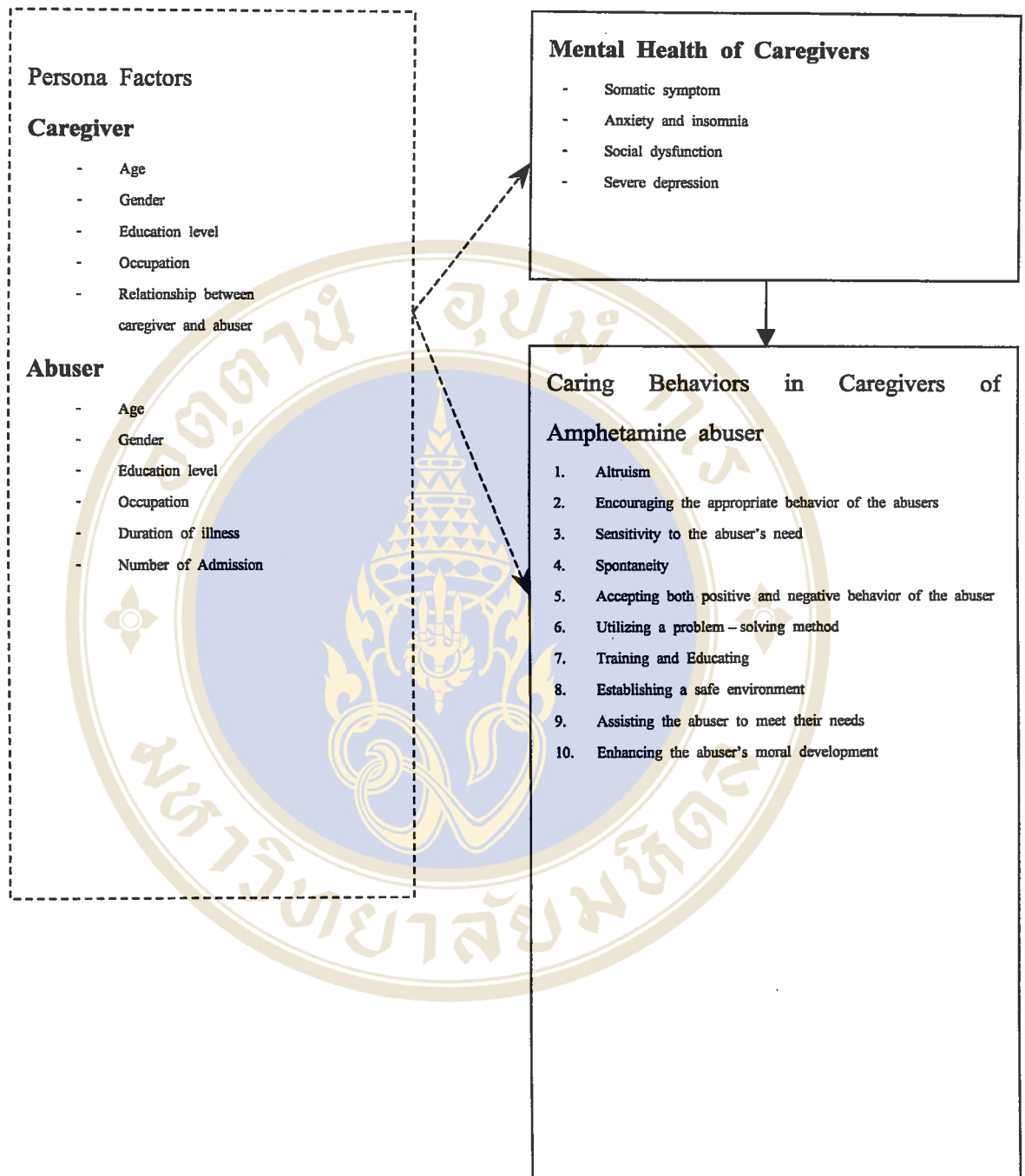


Diagram I : Relationship between Mental Health and Caring Behaviors of Caregivers.



: Factors studied



: Factors not studied, but invoked

The purposes of this study

The purposes of this study were to :

1. evaluate the mental health of caregivers.
2. study the caring behaviors of caregivers.
3. study the relationship between mental health and caring behaviors at caregivers of amphetamine users.

Hypothesis

Mental health is related to caring behaviors of caregivers of amphetamine users.

Scope of the study

This study was to examine the mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamine users who brought the amphetamine users to the outpatient clinic at Thanyarak Hospital, Pathumthani during March.- May, 1999.

Materials and Methods

Design of the study

A descriptive design was used to describe the mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamine users and the relationship between mental health and caring behaviors in caregivers of amphetamine users.

Population and Sample

The target population of this study were primary caregivers who brought the amphetamine users for therapy to the out patient department at Thanyarak Hospital, Prathumthanee Province. Criteria for inclusion of the subjects are as follow :

1. Caregivers who are a family member or the important person in amphetamine user's life.
2. Did not receive payment.

3. Took the major role in taking care of amphetamine users continually.
4. Consent to answer the questionnaire.

The sample size was 180 in the study.

Instrumentation

The instrument was in three parts.

1. Demographic Data : Demographic data of caregivers (age, sex, educational level, occupation and relationship with amphetamine users) and of amphetamine users (age, sex, educational level, occupation, time of addiction and the time of relapse)
2. Thai General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) translated and adjusted for Thai people by Thana Nilchaikovit and others. (Thana Nilchaikovit and others, 2539 : 2-17)
3. Caring behaviors in caregivers of amphetamine users questionnaire. Test for validity and reliability

The content validity of the caring behaviors of amphetamine users was validated by 5 experts.

Reliability of the instrument was tested among 30 subjects. The score was 0.90 for Thai General Health Questionnaire-28 and 0.86 for caring behaviors in caregivers of amphetamine users.

Data collection procedure

1. Permission was requested from the director of Thanyarak Hospital. the objective of the study was made known to the director and the head nurse of the out patient department.
2. Data was collected during Monday to Friday from 8.00 am to 15.00 pm. While the caregivers waited to see doctor.
3. The purposes and benefits of the study were explained to the subjects.
4. Give the questionnaire to the subjects and explain about completing the questionnaire.
5. Recheck the answers in order to ensure complete data.

Analysis of data

Analysis of data was completed by a computer using the Statistical Package for Social Science (SPSS/PC) and the analysis was divided into 4 parts, as follow :

1. Frequency distribution and percentage were used to describe the demographic data profile.
2. Frequency distribution and percentage were used to describe the mental health in caregivers of amphetamine users, both for each item and for the total according to the criteria.
3. Frequency distribution and percentage were used to describe the caring behaviors of amphetamine users both for each aspect, and for the total according to the criteria
4. Chi-square test was used to calculate and identity the relationship between mental health, and caring behaviors in caregivers of amphetamine users.

Result

Table 1. Frequency and Percentage of Subject According to Mental Health of caregivers of amphetamine users.

Mental health	Frequency (n=180)	Percentage
Persons who had potential psychiatric disorders	120	66.7
Persons who had a normal health function	60	33.3

Table 1. Presented frequency and percentage of caregivers' mental health. The result showed 66.7 percent of caregivers were persons who had potential psychiatric disorders meanwhile 33.3 present of them were persons who had a normal healthy function

Table 2. Total score, Range of score, Mean and Standard deviation of to Mental Health of Caregivers of Amphetamine users both for each sub-scale and for the total

Mental health	Total score	Rang of Score	Mean	Standard deviation
Somatic symptom	7	0-7	2.92	0.77
Anxiety and insomnia	7	0-7	3.57	0.64
Social dysfunction	7	0-7	1.80	0.98
Severe depression	7	0-7	1.25	1.08
Total	28	0-28	9.54	3.47

Table 2. presented the scores of each sub-scale and for the total of mental health. The result showed that the total score of mental health ranged from 0-28 with the mean of 9.54. For the four sub-scales, each had a total score of 7, and scores ranged from 0-7. The mean of somatic symptom was 2.92 with standard deviation 0.77, mean of anxiety and insomnia was 3.57 with standard deviation 0.64, mean of social dysfunction was 1.80 with standard deviation 0.98, and mean of depression was 1.25 with standard deviation 1.08

Table 3. Total score, Range, Mean, Percentage of Mean and Criteria of to Caring Behavior of caregivers of amphetamine users bath in each dimension and total.

Caring Behaviors	Total score	Range score	Mean	Percentage mean	Level of Caring Behaviors
1. Altruism	12	0-12	9.64	80.33	high
2. Encouraging the appropriate behavior of the abusers	12	0-12	7.76	64.67	moderate
3. Sensitivity to the abuser's need	9	3-9	7.77	66	moderate
4. Spontaneity	12	1-12	8.84	86.33	high
5. Accepting both positive and negative behavior of the abuser	6	1-6	4.58	73.67	moderate
6. Utilizing a problem solving method	9	0-9	5.91	65.67	moderate
7. Training and educating	9	0-9	6.96	77.33	moderate
8. Establishing a safe environment	6	0-6	4.62	7	moderate
9. Assisting the abuser to meet their needs	9	0-9	7.38	82	high
10. Enhancing the abuser's moral development	12	1-12	8.76	73	moderate
Total	96	6-96	72.2	75.21	moderate

Table 3. displayed the score of each dimension and the total of caring behaviors of amphetamine users. The result showed that the caregivers had caring behaviors at a moderate level; the percentage of mean was 75.21 percent, the total score was 96 and the scores ranged between 6-96 and the mean was 72.2.

In each dimension, the caregivers had caring behaviors at a high level in Spontaneity, Assisting the abuser to meet their need and Altruism.

In each other dimension, the caregivers had caring behaviors at a moderate level.

Table 4. The Relationship between Mental Health and Caring Behaviors of caregivers of amphetamine users.

Caring behavior	Person who had		Mental health of a		χ^2 - test	P-value
	potential psychiatric		person who had			
	disorder		normal			
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage		
low level	33	27.5	14	23.3		
moderate level	43	35.8	25	41.7	0.65	0.72
high level	44	36.7	21	35		
Total	120	100	60	100		

Table 4. presented the chi-square test of the relationship between mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamine users. The result showed that the mental health was not significantly related to caring behaviors of caregivers or amphetamine users. ($P > .05$)



Discussion

1. Mental health of caregivers of amphetamine users.

The result showed that the majority of the subjects (66.7%) had potential psychiatric disorder. This result may be because the narcotic problem is a severe problem that is threatening the family and society in the family with a family member who is an amphetamine users the caregiver will devote herself to the addict and change in personality to suffering to uphold the happiness of the family.

2. Caring behaviors of caregivers of amphetamine users.

The result showed that the majority of the subjects had caring behaviors at moderate level; the percentage of mean score was 75.21 percent. This result showed that the amphetamine users can help themselves in daily living. The amphetamine users do not have severe somatic signs and symptoms because of special care of from caregivers and the period of caring was not a long time.

3. Relationship between mental health and caring behaviors of caregivers of amphetamine users.

The result showed that there was no significant relationship between mental health and caring behaviors of amphetamine users. This result explained that the caregivers who had potential psychiatric disorder may not be an effect of taking care of the amphetamine users only, but may be frame other factor such as economic problems. The conflict in their mind was between feeling ashamed when the family member was an addict and having to take care of the addict because it was the role that society expect.