

ประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

เกียรติศักดิ์ ไกรหิณวงศ์, พย.ม.¹ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาจำนวน 15 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่าการให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา 2) เป็นที่พึ่งพา และดูแลด้วยหัวใจ และประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน 2) รับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป 3) การดูแลไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ 4) ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวและเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแล ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ผู้ดูแลในครอบครัว

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pennapa.D@chula.ac.th

Caring Experiences for Persons With Amphetamine Dependence Relapse of Family Caregivers

Kiattisak Raihinthaung, M.N.S.¹, Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.^{2*}

Abstract

The purpose of this qualitative research was to explain caring experiences for persons with amphetamine dependence relapses of family caregivers. A qualitative research method of Husserl was applied. A purposive sample comprised 15 family caregivers recruited from the community in the Central Region of Thailand who were willing to participate in this study. An in-depth interview with tape-recorded observations and field notes was performed to collect data. Audio tapes of interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Colaizzi's method.

The research findings indicated that the meanings of caring experiences for a person with amphetamine dependence relapse of family caregivers followed 2 major themes: 1) Being concerned, understanding, and ensuring non-repetition of substance use. 2) Being dependable, take care with heart.

The research findings indicated that caring experiences for persons with amphetamine dependence relapses of family caregivers can be divided into 4 major themes: 1) General care for daily life. 2) Dealing with the changing behavior of persons with amphetamine dependence relapse. 3) Caring for preventing relapse to amphetamine use. 4) Outcomes of caring for persons with amphetamine dependence relapse.

The results of this study provide insight into the care provided by family caregivers to amphetamine addicts who relapse, serving as a guide for educating family caregivers on effective care for amphetamine addicts.

Key words: Caring Experience, Amphetamine Dependence Relapse, Family Caregivers

¹ Student of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

* Corresponding author e-mail: pennapa.D@chula.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทเมื่อเสพติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิต คือ หวาดระแวง วิดกกังวล มีอาการประสาทหลอน บางรายเพ้อ คลุ้มคลั่ง อาจทำให้เกิดอาการทางจิต ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ (Schep et al., 2010; McKetin et al., 2019) มีฤทธิ์เข้าไปบังคับระบบจิตประสาทของผู้เสพทำให้เกิดความอยากเสพสารอย่างมากไม่สามารถควบคุมการเลิกได้ (Piyavhatkul, 2020) โดยการจากรายงานสถานการณ์สารเสพติดโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลกมีการใช้สารเสพติดและมีจำนวนผู้เสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสถิติ 10 ปีย้อนหลัง (UNODC, 2022) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสพติดสารเสพติดจำนวน 299 ล้านคน UNODC, 2022) เช่นเดียวกับสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยในปี 2564 ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งสอดคล้องกับราคายาบ้าที่ถูกลงทำให้ผู้เสพแอมเฟตามีนเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น (Office of the Narcotics Control Board, 2022) แม้ปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีนอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่พบการบำบัดรักษาอาการอยากเสพยาของผู้ป่วยให้หายขาดและต่อเนื่องได้ (Pono et al., 2018) ส่งผลให้ผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี โดยพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำอยู่ระหว่างร้อยละ 80 ถึง 95 (Rong et al., 2016) ในประเทศไทยพบว่าผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่เคยเข้ากระบวนการบำบัดรักษาแล้วบางส่วนกลับไปเสพซ้ำ และกลับมาเข้ารับการรักษาอีกมีจำนวน 54 ต่อ 100 รายของผู้ที่กลับมาเสพซ้ำภายใน 3 เดือน (Narkdilok, 2020) ซึ่งพบว่ามีอัตราการเสพซ้ำสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (Department of Mental Health, 2021)

ผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงในระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากต้องเผชิญสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำ ได้แก่ การถูกชักชวนให้กลับไปเสพ การดื่มสุราทดแทนจนขาดสติ ไม่มีรายได้หรือว่างงานใช้แอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มความตื่นตัวระหว่างการทำงาน การเข้าถึงแอมเฟตามีนได้ง่าย ครอบครัวไม่เข้าใจและสังคมไม่ให้โอกาส (Ounjai et al., 2017) และผู้ติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวในระหว่างการบำบัดรักษา อีกทั้งเมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว การเรียนรู้และปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้ติดแอมเฟตามีนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดแอมเฟตามีนส่งผลให้การดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้สามารถลดการเสพซ้ำได้ (Musikachai, 2012) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้เสพติดแอมเฟตามีน (Khamkaew, 2023)

ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนมีความเครียดในการดูแล มีความอับอาย รู้สึกผิด ถูกชุมชนตีตรา มีอาการหวาดกลัวอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากผู้ติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำทำให้อาการไม่คงที่ กำเริบบ่อยครั้งไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนต้องรับภาระในการดูแลตลอดเวลา ต้องรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ติดแอมเฟตามีนในแต่ละระยะและยังเฝ้าระวังการกลับไปเสพซ้ำรวมไปถึงปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Riet al., 2017; Maltman et al., 2020) ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนจึงมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Brecht, 2013) จากการศึกษาของ Kaur (2018) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดมีปัญหาด้านสังคมและการเงินถึงร้อยละ 12.6 สูงเป็นอันดับ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษาไม่เคยได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้ติดสารเสพติดมาก่อนทำให้เป็นปัญหาในการดูแลอย่างมาก หากผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนให้การดูแลและการตอบสนองต่อปัญหาที่เหมาะสมก็จะสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ติดแอมเฟตามีนและผู้อื่น (Srimongkhul & Wongpanarak, 2022)

การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนโดยบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่ดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น ช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพาให้กับผู้ป่วย (MacLean et al., 2017) ผู้ติดแอมเฟตามีนจะมีปัญหาจากอาการทางกาย ปัญหาจากอาการทางจิตและการถูกตีตราในสังคม (Richert, 2021) ปัญหาความผิดทางกฎหมายจากการใช้ยาเสพติด (Tindall,

2012) รวมไปถึงสนับสนุนการดูแลในทุกด้านเพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนมีอาการที่ดีขึ้น (Richert, 2021) บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่หนักโดยต้องดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนตลอดเวลา หากคนในครอบครัวยอมรับมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยเหลือเข้าใจและมีความเข้าใจก็จะส่งผลให้ผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ (Piawpongpakawat, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวมีจำนวนน้อยและไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่สามารถอธิบายประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งจะทำให้ได้มาซึ่งความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว การอธิบายถึงประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว ในบริบทของชุมชนในประเทศไทย ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์เชิงพรรณนาของ Husserl (1969) ซึ่งจะได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เกิดความเข้าใจถึงความจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เสพยาผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการการดูแลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว และสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาและผู้ดูแลในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเสพยาแอมเฟตามีนตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 มีประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและมีการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากการได้รับการบำบัดรักษา โดยอยู่ระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนึ่งเขตภาคกลาง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเองมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ เนื้อหา และด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพในชั้นเรียนโดยทำการศึกษาנָרָองกับ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนจำนวน 3 คน และมีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดยาเสพติดในชุมชนมาก่อนเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม แนวคำถามสำหรับการใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ให้สามารถเก็บข้อมูลการวิจัยได้ ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยลงพื้นที่ที่ศึกษาโดยประสานงานผ่านหัวหน้างานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชน 2) ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อค้นหาผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา หรือคู่สมรส อายุ 20 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล 3) เมื่อผู้วิจัยพบผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลและให้ consent ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 4) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการสัมภาษณ์แบบ

เผชิญหน้าโดยสัมภาษณ์ที่ห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบ้านของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้เวลา 45-60 นาที 5) ขออนุญาตบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์และทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 6) เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล จะขออนุญาตนัดหมายครั้งต่อไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม 7) ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม 8) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยการถอดข้อความ จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน โดยเปรียบเทียบการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็น ประสพการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว และสิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978) 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) ทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ อ่านบทสนทนาพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ ๆ อ่านข้อมูลอย่างละเอียดซ้ำๆหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล 2) ทำการแยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกและชี้ให้เห็นถึงประสพการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวและข้อมูลที่มีการกล่าวซ้ำ ๆ กันออกมา 3) กำหนดความหมายของข้อความโดยต้องมีคำหรือข้อความในปรากฏการณ์การที่สนใจ 4) จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น 5) เขียนบรรยายให้เห็นถึงประสพการณ์การดูแลการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว 6) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ 7) ทำการแก้ไขปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามวิธีการของ Lincoln and Guba (1985) ประกอบด้วยการตรวจสอบดังนี้ 1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้การตรวจสอบสามเส้าโดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม การบันทึกภาคสนามและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษามีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้น 2. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการบันทึกการสัมภาษณ์ และนำมาถอดเทป รวมถึงผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลการสัมภาษณ์การสังเกตและข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เข้าด้วยกัน รวมถึงแบบบันทึกภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ให้รหัสการสร้างประเด็นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmatory) ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บบันทึกไว้อย่างเป็นระบบตรวจสอบได้รวมถึงการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียงนำมาถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำรวมถึงการทำบันทึกภาคสนามการให้รหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และการสรุปประเด็นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 4. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียด ครบถ้วนมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.007/2567 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการสัมภาษณ์อย่างละเอียด อธิบายให้ทราบว่าหากผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบำบัดรักษาของผู้ติดสารเสพติดและข้อมูลในการสัมภาษณ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย เมื่ออธิบายให้เข้าใจแล้วให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลในครอบครัวรายมีอายุอยู่ระหว่าง 31-72 ปี เพศชาย 6 ราย เพศหญิง 9 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ประกอบด้วย มารดา 4 ราย บิดา 1 ราย ภรรยา 3 ราย สามี 2 ราย ยาย 1 ราย น้า 1 ราย พี่ชาย 1 ราย บุตร 1 ราย ลูก 1 ราย รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลากการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาต่ำสุด 1 ปี และมากที่สุด 8 ปี

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเป็นห่วงผู้ติดแอมเฟตามีนเนื่องจากมีการแสวงหาการเสพยาอยู่ตลอดเวลาซึ่งต้องใช้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอีกทั้งยังต้องพยายามช่วยหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้อย่างถาวร

“...เป็นห่วงอยากให้เลิกมันให้ได้พร้อมที่จะอยู่ข้างๆพาเขาให้เลิกได้เสมอนั้นแหละ ถ้าเขาเลิกได้ก็เจดีใจมากกุนั้นแหละแต่ก็ทรมานเหมือนกันพยายามมาทุกทางแล้วที่นี้ก็ขึ้นอยู่กับตัวเขาด้วยว่าจะผ่านไปได้อย่างไร...” (ID7)

2. เป็นที่พึ่งพา และดูแลด้วยหัวใจ ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นที่พึ่งสำคัญของผู้ติดแอมเฟตามีนและให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอย่างเต็มที่ พุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ เสียสละเวลาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนตลอดเวลา ถึงแม้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความหวาดกลัวในยามที่ผู้ติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมก้าวร้าวก็ยังคงให้การดูแลช่วยเหลือและดูแลด้วยหัวใจ

“...ต้องดูแลแบบใช้ใจสุด ๆ แหละสำหรับการดูแล ลุงคิดว่าก็ต้องดูแลมันไปอย่างเต็มที่ที่สุดแหละครับหมอ เพราะพ่อแม่มันก็ตายหมดแล้วเหลือลุงกับมัน ลุงก็สงสารหลานมันอยากให้มันเลิกยาได้ถ้าลุงตายมัน ขึ้นมันยังติดยาอยู่แบบนี้ลุงไม่อยากให้มันเป็นที่ยึดใจของคนอื่น...” (ID11)

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 พาผู้ติดแอมเฟตามีนไปบำบัดหากไปเองไม่ถึงโรงพยาบาล จากประเด็นกฎหมาย ผู้เสพยาคือผู้ป่วยทำให้เมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนถูกดำเนินการทางกฎหมายจะถูกส่งมาให้บำบัดต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่เมื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเดินทางมาบำบัดด้วยตนเองก็ไม่ถึงโรงพยาบาล หนีการบำบัดไปเสพยาแอมเฟตามีนเสพยา หรือเมื่อเสร็จจากการบำบัดที่โรงพยาบาลในระหว่างทางกลับบ้านมีการแวะหากลุ่มเพื่อนเพื่อหาแอมเฟตามีนเสพยา ซึ่งส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ได้ผล ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องพาไปบำบัดด้วยตนเอง

“...ก็มีพาไปหาหมอจิตเวชตามนัดไปเอายาแทนบ้างเพราะก็รู้ๆอยู่ขึ้นปล่อยให้ไปเองไปไม่ถึงโรงพยาบาลแน่ๆ เป็นแบบนี้หนีไปใช้ซ้ำแน่ๆ...” (ID 3)

1.2 ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อได้รับยามาจากโรงพยาบาลผู้ดูแลต่างมีวิธีการบริหารจัดการการรับประทานยาให้ครบ ตามเวลาที่ถูกต้องเหมาะสมหลากหลายวิธี เช่นการเขียนหมายเลขกำกับหน้าซองยา และช่วยเหลือในการจัดยาให้รับประทาน

“ส่วนใหญ่เขามียากิน พวกยาปรับอารมณ์อะแหละพวกนั้น เราก็มีงานของเราต้องทำอะไรก็กลัวลืม แรก ๆ ปล่อยให้จัดกินเอง เพราะหลัง ๆ ไปเจอยาเป็นถุง ๆ ไม่ได้กินเลยเราเลยต้องจัดการให้ ก็จัดให้ทุกมื้ออะ ใช้ตั้งนาฬิกาปลุกเตือนให้เอายาไปให้เขากินสิ” (ID 3)

1.3 หาทุกวิธีที่รักษาให้หาย แต่สุดท้ายพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ด้วยความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวที่หวังอยากให้ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาเลิกเสพยาได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีการแสวงหาแนวทางการรักษาในทุกรูปแบบที่สามารถ

ทำให้เลิกเสพยาได้แต่ก็ไม่เป็นผลจนต้องหันมาใช้สิ่งเสพติดอื่นเป็นที่พึ่ง

“ในใจคือก็พาไปได้ทุกที่ที่ทำให้หาย ที่ไหนว่าดีที่พาไปหมดจะเสียเงินเสียทองเท่าไรก็ยอม ยอมแล้วยอมแล้วจริง ๆ มันหมดหนทางแล้ว เคยพาไปหมอโรงพยาบาลทั่วไปก็ไป หมอดูก็ไป หมอพระก็ไป...” (ID2)

1.4 ให้เงินใช้ เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป อารมณ์ไม่คงที่มีพฤติกรรมแสวงหาการเสพยาแอมเฟตามีนตลอดเวลา ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยามีปัญหาทางการเงินไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนตัว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องช่วยเหลือในเรื่องการให้เงินใช้จ่ายส่วนตัว “...แล้วอีกอย่างคือเขาไม่ได้ทำงานอะ เงินทองก็ต้องขอจากเรา เราก็ต้องให้ใช้ แต่ก็ให้แค่พอซื้อกินไม่มากเพราะถ้ามากเกินไปแอบเอาไปซื้อยาหมดไม่ได้ ๆ...” (ID5)

2. รับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยดังนี้

2.1 ดูอาการนำ ไม่ให้ไปสู่พฤติกรรมอันตราย จากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวทำให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้ติดแอมเฟตามีนมาก่อนจึงรู้ว่ามีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นภายในบ้านได้

“เดาทางถูกเลยว่าเดี๋ยวมันจะเป็นใจต่อ...จะเริ่มแปลก ๆ พวกนั้นไม่รู้เป็นอะไรจะขยันสุด ๆ กวาดบ้านถูบ้าน เผาขยะไปไม่เหลือสักใบอะ จัดการเผาหมด ขยันไม่หลับไม่นอนอะอยู่ได้ทั้งวันอะ เขาเรียกติดมัน” (ID4)

2.2 ออกจากบ้านไปพักที่อื่นจนกว่าอาการจะสงบ เมื่ออารมณ์แปรปรวนผู้ดูแลในครอบครัวมีความเกรงกลัวและไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดแอมเฟตามีนได้ ต้องทิ้งบ้านไปชั่วคราวโดยบางรายปลุกกระท่อมพักชั่วคราว หรือไปขออาศัยบ้านญาติคนอื่นเมื่ออาการสงบลงจึงจะกลับเข้าบ้าน

“การดูแลผมก็เหมือนมีลูกสาวเพิ่มครับช่วงไหนติเขาก็ดูแบบปกติไปเลยแต่เวลาช่วงไหนแบบอารมณ์แปรปรวนไม่คงที่อะผมต้องคอยระวังละเดะก็ด่าอะอะโววายเสียงดัง บางทีต้องหอบลูกหนีไปนอนกระต๊อบในไร่ทั้งบ้านให้ด่าไปคนเดียวอยากทำอะไรก็ทำ” (ID4)

2.3 รับมือไม่ไหว ต้องอาศัยผู้อื่นเข้าช่วยเหลือ ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยามีอาการทางจิต คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องมีการรับมือกับอาการที่เกิดขึ้นว่าเมื่อรับมือไม่ไหวต้องอาศัยให้ผู้อื่นนอกจากคนในครอบครัวช่วยเหลือ

“ถ้าไปใช้ตอนแรกแล้วยังไม่มีอาการอะอะไรอะวาดหรืออะไรนะพีกก็ปล่อยเขาทำปกติแต่ในใจก็รู้สึก ๆ นั้นแหละแต่ถ้าอะวาดที่รับมือไม่ไหวพีก 191 เลย ให้เขาปรับตัวไปบางทีเขาก็ไปส่งโรงพยาบาลฉีดยา บางทีก็ต้องมัดเลยแหละไม่รู้เอาแรงไรมาจากไหน...” (ID7)

3. การดูแลไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ แบ่งเป็น ประเด็นย่อย 4 ดังนี้

3.1 ฝ้าสังเกตพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสพยาซ้ำ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนตลอดเวลา เพื่อไม่ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนออกไปหากกลุ่มเพื่อนเดิม หรือสิ่งแวดล้อมเดิมจนนำไปสู่การเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

“นี่ถึงขนาดลงทุนติดกล้องวงจรปิดไว้ที่บ้านเลยนะเอาไว้อะคอยดูว่าแอบไปใช้ไปดูดหรือพาใครเข้ามาหรือป่าวบางทีเราเองดูไม่ทันหรอก ก็ยอมเสียตังติดบางทีไปไกลๆก็ดูผ่านแอปในโทรศัพท์ได้...พอไปไหนนะพีกแอบซื้อตัวจีทีเฮลติดไว้ที่รถเลยเวลาไปไหนมันเปิดดูได้ในแอปทั้งนั้นไปยุ่งอีกพีกก็ตามเลยถ้าสงสัยอะ ไม่ต้องถึงตำรวจแหละ ตำรวจเคยมีนี่แหละสืบเก่งที่สุด พีกก็ตามเลยไปตามในแอปนั่นแหละ ไปตามกลับยังไม่ทันได้ใช้หรอก” (ID10)

3.2 ไม่ให้ออกจากบ้าน กลับกลับไปเสพยาอีก ผู้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำจะมีพฤติกรรมแสวงหาเสพยาแอมเฟตามีนตลอดเวลาซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวบางรายไม่สามารถติดตามพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีการจับขังผู้ติดแอมเฟตามีนไว้ภายในบ้านเพื่อไม่ให้ออกไปเจอกลุ่มเพื่อน สังคมกลุ่มเดิมที่นำไปสู่การเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้

“...ผมเลยขังมันไว้ในห้องสงสารก็สงสารแต่ผมอยากให้มันหายเลยต้องทำเดี๋ยวมันแอบไป หายมาเสพยาอีกผมกลัวจัดเลย ช่วงนั้น มันก็ไม่พอใจนั่นแหละ ก็ปล่อยให้มันค่า...” (ID11)

3.3 หางานทำให้ลืม จะได้ไม่คิดถึงยา ผู้ดูแลในครอบครัวจึงให้การดูแลโดยพยายามหางานหรือกิจกรรมให้ทำ บางรายให้ช่วยเหลือนานบ้าน บางรายลงทุนเปิดธุรกิจเพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเพื่อให้ลืมคิดถึงเรื่องการเสพยาแอมเฟตามีนและไม่มีเวลาไปแสวงหาการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

“ผมก็ช่วยดูเป็นธุระเรื่องมารับบำบัดที่โรงพยาบาลนี่แหละหลัก ๆ เลย แล้วก็ให้ตั้งมันหางานให้ทำให้เป็นหน้าที่เลยได้ไม่ว่างไปขุนววยกับยาก็คือ เลี้ยงวัว กับ ดูในไร่ หางานให้มันทำเลย เงินที่ได้ก็แบ่งมาเป็นค่าจ้าง จะกลับไปทำงานเหมือนเดิมไม่มีใครกลัวรับมันทำงานด้วยแล้วทำ ๆ หยุต ๆ ใครจะกล้า คนจ้างเขาก็กลัวก็อย่างว่าละคนติดมันใครเขาจะอยากได้ให้ไปทำงานด้วย เป็นผมผมก็ไม่เอา...” (ID8)

3.4 ให้กำลังใจในการหยุดใช้ยา การเลิกเสพยาแอมเฟตามีนเป็นสิ่งที่ทำได้ยากต้องอาศัยความตั้งใจ และความอดทนอย่างมาก ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้กำลังใจอยู่ข้าง ๆ ช่วยผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถผ่านพ้นอุปสรรคนี้ไปได้ “ให้กำลังใจตลอดแต่มันก็ต้องขึ้นกับทั้งสองฝ่ายทั้งตัวคนติดและเราเขาก็ต้องพยายามเลิกเราก็ช่วยเหลือดูแลอย่างแรกคือเขาต้องช่วยตัวเองหักห้ามใจให้ได้มากที่สุดก่อนแหละครับเขาตั้งใจเลิกจริง ๆ ทุกคนในครอบครัวพร้อมให้กำลังใจให้กลับตัวกลับใจเสมอแหละครับ” (ID9)

4. ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 เป้าหมายต้องดูแลตลอดเวลา ตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาผู้ดูแลในครอบครัวต้องทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจในการดูแลต้องดูแลตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นผู้ติดแอมเฟตามีนไม่สามารถรับผิดชอบปัญหาที่ตนทำได้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้แบกรับปัญหาและรับผิดชอบจากการกระทำของผู้ติดแอมเฟตามีนทั้งหมด

“บอกตรงว่าเป้าหมาย ๆ นะเขื่อนมาก ๆ เลยแหละควรจะได้พักผ่อนก็ไม่ได้พักผ่อน แก่ ๆ กันแล้วลูกก็โตแล้วแต่พอมาดิทยาแบบนี้ก็เหมือนเราเลี้ยงเด็กเล็กเปื้อนที่ต้องดูแลตลอดเวลาคือไปไหนมาไหนลำบากจะลุกก็ไม่กล้าทิ้งป้าให้อยู่กับมันสองคนเดาอารมณ์ยาก” (ID5)

4.2 รู้สึกเครียดหาทางออกไม่ได้ ความเครียดเป็นความรู้สึกที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้ชีวิตอยู่กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาอยู่บ่อยครั้ง หวาดระแวงกับพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดเวลา นำไปสู่ความรู้สึกเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว

“...เครียดนะบางทีไม่ยอมมองหน้าเลยอะแต่ก็ต้องเจอกันทุกวัน วันไหนไม่เจอก็เครียดอีกไม่รู้จะออกเดินไปไหน มีแต่เครียดกับเครียด” (ID4)

4.3 ผิดหวังเพราะให้อาสาหลายครั้ง ความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนคือการที่ผู้ติดแอมเฟตามีนไม่กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ผู้ดูแลในครอบครัวพร้อมให้อาสาและให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงแก้ไขตัวเองทุกครั้งและผู้ติดแอมเฟตามีนผิดพลาดกลับไปเสพยา แต่ครั้งแล้วครั้งเล่าผู้ดูแลในครอบครัวก็ต้องพบความผิดหวังหลายครั้งเนื่องจากผู้ติดแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาอยู่ตลอด

“ที่ก็มองว่าค่าไปว่าไม่ได้จะโรอะในเมื่อมันพลาดไปแล้วก็ต้องพยายามช่วยกันทางออกดีกว่าไหม ค่าไปตีไปไม่ได้ไรขึ้นมานะแต่ก็หลายครั้งหลายหนที่เขาปล่อยอีกบางทีเหมือนตีขึ้นพออาการออกเราก็เหมือนผิดหวังนั่นแหละ” (ID7)

การอภิปรายผลการวิจัย

การให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

1. เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา

ผู้ดูแลในครอบครัวยังมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ติดแอมเฟตามีน เข้าใจถึงความยากลำบากของการ

เลิกเสพยาเสพติด รวมถึงการเข้าใจความรู้สึก สภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติดโดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Piawpongpakawat (2020) ที่อธิบายว่าปัจจัยที่ผู้เข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดประเภทเมทาไมนจะสามารถเลิกเสพยาได้ ได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยแสดงความเห็นใจในการเข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดให้ความไว้วางใจเชื่อว่าจะสามารถเลิกเสพยาได้ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต่างมีวิธีในการช่วยเหลือที่หลากหลายตามประสบการณ์บริบทแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ๆ

2. เป็นที่พึ่ง ต้องใช้ใจ หัวใจเล็กได้ใช้ชีวิตเป็นคนดี

มีผู้ดูแลในครอบครัวให้การช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ติดยาเสพติดไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดกับผู้ติดยาเสพติดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MacLean et al. (2017) ที่ว่าผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลด้วยความรักความอบอุ่น ช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพิงให้กับผู้ป่วย เมื่อเจอปัญหาทั้งปัญหาจากอาการทางกาย ปัญหาจากอาการทางจิตและการถูกตีตราในสังคม (Richert, 2021)

ประสบการณ์การดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

1. การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน

1.1 พาผู้ติดยาเสพติดไปบำบัดหากไปเองไม่ถึงโรงพยาบาล ผู้ดูแลพบว่าผู้ติดยาเสพติดไม่ไปบำบัดตามนัดมีการเสพยาเสพติดซ้ำจึงต้องพาผู้ติดยาไปบำบัดด้วยตัวเองทุกครั้งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pittayaruengnon & Vivatthanaporn (2023) ที่ศึกษาปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งพบว่าปัญหาการเสพยาซ้ำเกิดจากการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนหรือกรณีครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลพาผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด

1.2 ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการดูแลเรื่องรับประทานยาเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้ยาต่อเนื่องป้องกันอาการทางจิตอันจะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chansuvarn, Champangern, kachat, Photong, and Sripho (2023) ที่ทำการศึกษาปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนส่วนหนึ่งเกิดจากการลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา และไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวชผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาจิตเวชเอง

1.3 หาทุกวิธีที่รักษาให้หาย แต่สุดท้ายพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาหายจากการเป็นผู้ติดยาเสพติดจึงมีการแสวงหารักษาผ่านช่องทางต่างๆ และพาไปในทุกที่ที่สามารถทำให้เลิกเสพยาเสพติดได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Velleman et al. (2005) ที่ระบุว่าบุคคลในครอบครัวมีการแสวงหารูปแบบการรักษาเพื่อให้ผู้ที่เสพยาเสพติดในครอบครัวสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้

1.4 ให้เงินใช้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว ผู้ดูแลในครัวมีการช่วยเหลือเรื่องการเงินโดยให้เงินในการใช้จ่ายส่วนตัวแก่ผู้ติดยาเสพติดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลผู้มีปัญหาการเสพยาเสพติดในเขตอย่างกึ่ง ประเทศเมียนมาร์: ภาระทางเศรษฐกิจและสังคม จิตวิทยา ของ Thein et al. (2021) โดยพบว่าผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายในการให้เงินผู้ติดยาเสพติดซึ่งส่งผลต่อสถานะทางการเงินของผู้ดูแลและผู้เสพยาเสพติดด้วยเช่นกัน

2. รับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

2.1 ดูแลการนำ ไม่ให้ไปสู่วิถีการอันตราย ผู้ดูแลในครอบครัวมีการสังเกตพฤติกรรมความผิดปกติของผู้ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันอาการทางจิตที่ส่งผลให้เกิดอันตรายกับบุคคลในครอบครัวได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klaraeng et al. (2022) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลมีการป้องกันร่วมกับการจัดการต่อ อาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยก่อนมีพฤติกรรมรุนแรงโดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย ทั้งในช่วงที่เริ่มมีอาการจนถึงช่วงที่มีอาการทางจิต

2.2 ออกจากบ้านไปพักที่อื่นจนกว่าอาการจะสงบ ผู้ติดยาเสพติดมักมีอาการไม่คงที่เนื่องจากฤทธิ์จากเมทาไมน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาอาการได้และไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้จึงต้องหนีออกไป

ให้ไกล ๆ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลนั้นไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จึงเลี้ยงที่จะอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่มีสมาชิกในครอบครัวอื่นอยู่ด้วย

2.3 รับมือไม่ไหว ต้องอาศัยผู้อื่นเข้าช่วยเหลือ ในบางครั้งผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถรับมือด้วยตนเองได้จึงต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wachiradilok (2022) ที่ระบุว่าหากเกิดเหตุการณ์ที่ถูกเชิญครอบครัวรับมือไม่ไหวที่ต้องอาศัยญาติหรือคนใกล้ชิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมแกนนำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และตำรวจ เข้ามาจับกุมในทางบ้าน และเข้าให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น

3. การดูแลไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

3.1 เผชิญเหตุพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสพยา ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเฝ้าระวังการเสพยาอยู่ตลอดเวลา บางรายมีการใช้เทคโนโลยีติดตามผู้ติดแอมเฟตามีนเข้ามาช่วยในการเฝ้าระวังการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes et al. (2006) ที่พบว่าการใช้เวลามากขึ้นกับครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการเสพยาเสพติดเนื่องจากครอบครัวมีการเอาใจใส่ เผชิญพฤติกรรมของผู้เสพยาได้

3.2 ไม่ให้ออกจากบ้าน กลัวออกมาจะไปเสพยา ด้วยความกังวลใจและกลัวผู้ติดแอมเฟตามีนต้องออกไปหาเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำจึงจำเป็นต้องขังไม่ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนออกไปเจอสังคมเดิมที่ส่งผลให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thatsananchalee (2011) ที่ระบุว่าความช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาซ้ำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการกลับเสพยาได้

3.3 หางานทำให้ลืม จะได้ไม่ไปคิดถึงยา ผู้ดูแลในครอบครัวพยายามหางานและกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเพื่อให้จดจ่ออยู่กับงานไม่นึกถึงการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ vathisoonthorn & Chertchom (2009) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจพบว่าในช่วงที่ว่างงานผู้ใช้สารเสพติด มีความกังวล ไม่สบายใจ ไม่มีเงินใช้ มีเวลาว่างมากทำให้มีโอกาสกลับไปเสพยาซ้ำได้

3.4 ให้กำลังใจในการหยุดใช้ยา ผู้ดูแลมีการให้กำลังใจผู้ติดแอมเฟตามีนอยู่เสมอให้ผ่านอุปสรรคและสามารถหยุดเสพยาแอมเฟตามีนได้สำเร็จซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการไม่เสพยาซ้ำในผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ของ Thatsananchalee (2011) ที่พบว่าหากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาจะสามารถทำให้ได้รับการบำบัดคงสภาพเป็นผู้ไม่เสพยาซ้ำไว้ได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

4. ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

4.1 เบื่อหน่ายต้องดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลในครอบครัวมีการดูแลตลอดเวลาจนถึงต้องรับผิดชอบปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำนำไปสู่การเกิดภาระของการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Khamkaew (2023) ที่ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การถูกทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย

4.2 รู้สึกเครียดหาทางออกไม่ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอยู่บ่อยครั้งรวมถึงปัญหาการแสวงหาการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเครียดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไม่รู้จบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maina et al. (2021) เรื่อง “ฉันอยู่แบบนั้นไม่ได้” ประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลญาติที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การเสียใจกับการสูญเสียและมีชีวิตอยู่อย่างหวาดกลัวและสิ้นหวัง นำไปสู่ การมีชีวิตอยู่ในความเครียดอย่างไม่วันสิ้นสุด

4.3 ผิดหวังเพราะให้ออกสมหลายครั้ง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้สึกผิดหวังเพราะมีการให้ออกสในการปรับปรุงแก้ไขในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนมาหลายครั้งแต่ผู้ติดแอมเฟตามีนยังคงมีการเสพยาแอมเฟตามีนอยู่ตลอดเวลา

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thatsananchalee (2011) พบว่าผู้ติดยาเสพติดมีความต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากครอบครัวและครอบครัวหากได้รับโอกาสและการให้อภัยจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่องต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาซ้ำโดยการฝึกอบรมการดูแลผู้ติดยาเสพติดและควรมีการติดตามประเมินการดูแลของผู้ดูแลเป็นระยะ
2. นำไปใช้ในการสร้างเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชนช่วยเหลือรับมือพฤติกรรมรุนแรงของผู้ติดยาเสพติด
3. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนในรูปแบบออนไลน์ รวมถึงการมีพื้นที่สำหรับผู้ดูแลในการพูดคุยและแบ่งปันปัญหาจะช่วยลดความเครียดลงได้ และพยาบาลวิชาชีพมีพื้นที่ในการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัว

References

- Barnes, G. M., Hoffman, J. H., Welte, J. W., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2006). Effects of parental monitoring and peer deviance on substance use and delinquency. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1084-1104.
- Brecht, M. L., & Herbeck, D. M. (2013). Methamphetamine use and violent behavior: User perceptions and predictors. *Journal of Drug Issues*, 43(4), 468-482.
- Caughlin, J. (2010). Estimating the impact of caregiving and employment on well-being. *Outcomes & Insights in Health Management*, 2(1), 1-7.
- Chansuvarn, S., Champangern, V., Kachat, S., Photong, P., & Sripho, S. (2023). Problems and causes of recurrence among psychiatric patients using substances in the community. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 6(2), 67-77. [In Thai]
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle, & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford: Oxford University Press.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcohol/drug/substance addicts with mental symptoms and co-occurring psychiatric disorders*. Retrieved from <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20211006504370196.pdf>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. New York: Sage.
- Husserl, E. (1969). *Ideas: General introduction to pure phenomenology* (5th ed.). London: George Allen & Unwin.

- Kaur, A., Mahajan, S., Deepti, S. S., & Singh, T. (2018). Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: A study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(6), 2380-2383.
- Khamkaew, A. (2023). Burden among caregivers of patients with substance use disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 68(2), 181-193. [In Thai]
- Klaraeng, W., Jiramanasawong, A., Tantajanya, P., Inngern, T., Pluangngam, N., & Surataworn, R. (2022). Lived experiences of primary caregivers in preventing relapse of the disease in schizophrenia patients. *Journal of Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province*, 5(3), 53-67. [In Thai]
- Luaboonthavatchai, O. (2013). *Psychiatric and mental health nursing* (5th ed.). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- MacLean, S., Hengsen, R., & Stephens, R. (2017). Critical considerations in responding to crystal methamphetamine use in Australian Aboriginal communities. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 502-508.
- Maina, G., Ogenchuk, M., Phaneuf, T., & Kwame, A. (2021). "I can't live like that": The experience of caregiver stress of caring for a relative with substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 1-9.
- Maltman, K., Savic, M., Manning, V., Dilkes-Frayne, E., Carter, A., & Lubman, D. (2021). Holding on and letting go: A thematic analysis of Australian parents' styles of coping with their adult child's methamphetamine use. *Addiction Research & Theory*, 28(4), 345-353.
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., et al. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *eClinical Medicine*, 16, 81-97.
- Musikachai, S. (2012). *Family and post-treatment care for drug addicts*. Retrieved from <https://www.sdtc.go.th/paper/357>
- Narkdilok, S. (2020). The study of incident rate with relapse use of methamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). *Journal of Addiction*, 6(1), 49-51. [In Thai]
- Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. (2022). *The 2022 Annual report on nationwide drug suppression*. Retrieved from <https://www.oncb.go.th/DocLi/>
- Ounjai, S., Nathawin, K., Panwili, Y., Kanchanaba, S., & Kanato, M. (2017). Evaluate the matrix program on drug abuse in hospitals under the Office of the Permanent Secretary: 7 provinces, Northeast. *Journal of Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University*, 5(4), 661-668. [In Thai]
- Piawpongpakawat, A. (2020). Factors predicting family and community social supports on quitting methamphetamine in Nongki hospital, Buriram province. *The Journal for Health Promotion and Environmental Health*, 14(33), 22-34. [In Thai]

- Piyavhatkul, N. (2020). *Psychiatry*. Khon Kaen: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
- Pono, K., Lamyai, W., Chantapot, P., & Sukhawaha, S. (2018). Efficacy of co-occurring disorder (COD) intervention in patients with methamphetamine-induced psychosis. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(2), 127-140. [In Thai]
- Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2021). Experiences of Swedish parents seeking social services support for their adult children with drug addiction. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(4), 677-704.
- Rong, C., Jiang, H. F., Zhang, R. W., Zhang, L. J., Zhang, J. C., Zhang, J., & Feng, X. S. (2016). Factors associated with relapse among heroin addicts: Evidence from a two-year community-based follow-up study in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 177-188.
- Schep, L. J., Slaughter, R. J., & Beasley, D. M. (2010). The clinical toxicology of methamphetamine. *Clinical Toxicology*, 48(7), 675-694.
- Srimongkhul, P., & Wongpanarak, N. (2022). Self-perceptions of behaviors in males with schizophrenia and amphetamine addiction. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 408-417. [In Thai]
- Staton Tindall, M., Sprang, G., & Clark, J. (2012). Caregiver drug use and arrest as correlates of child trauma exposure. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 9(3), 265-282.
- Thatsananchalee, P. (2011). The process of non-becoming amphetamine addict: A case study of rehabilitated person in process of correction system. *Sripatum Chonburi Interdisciplinary Journal*, 1(3), 36-47. [In Thai]
- Thein, K. Z. K., Herberholz, C., Sandar, W. P., & Yadanar. (2021). Caring for persons with drug use disorders in the Yangon Region, Myanmar: Socioeconomic and psychological burden, coping strategies, and barriers to coping. *PLOS ONE*, 16(10), 1-19.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. Retrieved from <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
- Vathisoonthorn, P., & Chertchom, K. (2009). The success of treatment among drug-dependent patients compared between compulsory and voluntary systems. Bangkok: Drug System Development Group.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Wachiradilok, P. (2022). A mental crisis emergency patient support under an integrated emergency medical service system in the area. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 2(1), 77-89. [In Thai]
- Weerachai, V., Srisawang, P., & Tippayawong, T. (2010). *Guideline on methadone maintenance treatment*. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]