

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันรัฐญารักษ์ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำมาใช้วิจัยดังนี้

1. แนวคิด การติดสุรา ผลกระทบการดื่มสุราและการบำบัดรักษาสุรา
2. แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. แนวคิด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา
5. การบำบัดรักษาสุราแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันรัฐญารักษ์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

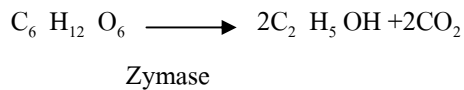
แนวคิด การติดสุรา ผลกระทบการดื่มสุราและการบำบัดรักษาสุรา

ความหมายของสุรา

วิทช์ (2531) ได้ให้ความหมายของสุราว่า หมายถึงน้ำเมา หรือเครื่องดื่มประเภทที่มีวัตถุดิบผสมอยู่ เมื่อดื่มกินจะมีอาการมึนเมา

ราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้คำจำกัดความว่า สุรามาจากภาษาบาลีและสันสกฤต แปลว่า เหล้า หรือน้ำเมาที่กลั่น หรือหมักแล้ว

สุพัฒน์ (2543) ได้ให้ความหมายของสุราว่า หมายถึง กลุ่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งในสุราแต่ละชนิดจะมีปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน โดยได้มาจากการเปลี่ยนแปลงทางเคมี โดยเอนไซม์ของยีสต์ ชื่อไซเมส จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นแอลกอฮอล์ และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ตามสูตรสมการเคมีดังนี้



แอลกอฮอล์ที่มาใช้ดื่มคือ เอทิลแอลกอฮอล์หรือ เอทานอล (Ethanol alcohol or Ethanol) ซึ่งในทางวิชาการ สุราหมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกิน 60% ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้ และที่มาของแอลกอฮอล์ในสุรา ต้องได้มาจากธัญพืช

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของสุราว่า หมายถึง กระบวนการทางเคมีที่เกิดจากการหมักพืชและผลไม้ โดยเอนไซม์ของยีสต์ ชื่อ ไซเมส จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นแอลกอฮอล์ และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ แล้วนำมากลั่นเป็นสุรา ใช้ดื่มเพื่อความสนุกสนานในงานสังสรรค์ทั่วไป

ประเภทของสุรา

สุพัตน์ (2543) ได้แบ่งสุราออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. สุรากลั่น คือสุราที่เกิดมาจากการนำเอาส่วนผสมหรือน้ำตาลหมักด้วยยีสต์ จนเกิดมีแอลกอฮอล์มากลั่น อาจจะมีเติมสี ปรุงกลิ่น และเก็บบ่มต่อไป สุรากลั่นของไทยส่วนใหญ่มีจำหน่ายในรูปแบบ สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ
2. สุราหมัก ที่ได้จากการหมักทำให้เกิดน้ำเมา แต่ไม่มีการกลั่น จะหมักจากเมล็ดธัญพืช แป้งจากพืชผลไม้และน้ำตาลจากพืช เช่น เบียร์ ไวน์ กระแช่ น้ำข้าว น้ำตาลเมา เป็นต้น

ปริมาณแอลกอฮอล์ในสุราประเภทต่าง ๆ

สุราแต่ละชนิดมีปริมาณแอลกอฮอล์แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1. บรั่นดี มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 40-50
2. วิสกี้ มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 40-50
3. เหล้ารัม มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 40-50
4. วอดก้า มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 40-50

5. เหล้าขาว มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 35-40
6. แชมเปญ มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 15-40
7. ไวน์ มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 8-15
8. เบียร์ มีแอลกอฮอล์โดยประมาณร้อยละ 4-8

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคสุรา

การเลือกบริโภคสุราหรือไม่นั้น บุคคลไม่ได้มีอิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเลือกปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม เป็นตัวที่มีอิทธิพลในการกำหนดการตัดสินใจโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคสุราแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆคือปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยทางวัฒนธรรม ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล (เทพินทร์, 2541)

1. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ในปัจจุบันมี การคมนาคมขนส่งที่สะดวกขึ้น ทำให้ประชาชนได้รู้จักสุรามากขึ้น รวมทั้งมีการส่งเสริมการบริโภคด้วยการโฆษณา ทำให้ประชาชนทดลองดื่มมากขึ้น และยังพบว่าภาษีจากสุราเป็นแหล่งทำรายได้ให้ประเทศที่สูงอย่างหนึ่ง โดยเงินที่ใช้ในกิจการของประเทศไทยกว่า 35% มาจากสุรา
2. ปัจจัยทางวัฒนธรรม สุราได้ถูกใช้เพื่อเป็นเครื่องประกอบในพิธีกรรมและความสนุกสนานในช่วงเทศกาลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และในปัจจุบันสุราถูกใช้เป็นเครื่องแสดงฐานะทางเศรษฐกิจด้วย ซึ่งสุราที่มาจากต่างประเทศจะถูกใช้ในบทบาทเช่นนี้มากกว่าสุราที่ผลิตในประเทศเมื่อระบบการให้มูลค่าแก่สุราเปลี่ยนไปเช่นนี้ ย่อมเป็นสิ่งที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคสุราให้มากขึ้น สามารถบริโภคได้ในช่วงที่ไม่ใช่เทศกาลด้วย
3. ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคม กลุ่มสังคมพื้นฐานหลักคือครอบครัว ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวจะเป็นกรอบการดำเนินชีวิตในรุ่นต่อไป อีกทั้งกลุ่มเพื่อนเป็นสาเหตุของการดื่มสุรา และตัวแบบต่างๆที่บุคคลยึดถือเป็นการส่งผลต่อการตัดสินใจบุคคลนั้นบริโภคสุราหรือไม่
4. ปัจจัยส่วนบุคคล มีปัจจัยหลายอย่างที่มาเกี่ยวข้อง อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา อีกทั้งความเชื่อของบุคคลก็มีอิทธิพลต่อการบริโภค และปัจจัยบุคลิกภาพของบุคคลก็มีอิทธิพลต่อการ

บริโภค ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบลอยหนี หรือเก็บกด มีแนวโน้มที่จะใช้สุราเป็นทางออกในการแก้ไข ปัญหา หรือความคับข้องใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา ได้แบ่งปัจจัยการติดสุราไว้เป็น ปัจจัยด้านตัวผู้เสพ ปัจจัยด้าน สารเสพติด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สุพรรณ, 2543) ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านตัวผู้เสพ

1.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย มีการศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ที่ติดสุรา พบลักษณะที่สำคัญคือ ยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู มีความสัมพันธ์กับภาวะการติดสุรา เรือรัง ผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโทนิน และยังมี งานวิจัยที่พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งติดสุราอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสติดด้วยถึง ร้อยละ 60 (สมภพ, 2543)

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ลดความกังวล ความเครียด ความกลัว และขจัดความผิดหวัง คัดมี ย่อมใจ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือก่อคดีอาชญากรรม Freud (อ้างถึงใน วิ ระ, 2533) กล่าวถึงการดื่มสุรา ดังนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผลของอิทธิพลจากระยะการใช้ ปาก (Oral Stage) ที่รุนแรงในวัยเด็ก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์และ ความคิด ซึ่งเป็นการถอยกลับไปสู่วัยเด็ก ของการพัฒนาทางจิตใจและเพศ ทำให้มีการหลีกเลี่ยง ความจริง พฤติกรรมต่าง ๆ เหมือนเด็กเล็ก คิดว่าสุราสามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ปิดบัง หรือลบปมด้อยบางประการได้ เกษม (2536) ได้กล่าวว่าบุคคลดื่มสุราเพื่อลดความเครียดในการ ทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัว ที่ไม่มีความสุข ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน

2. ปัจจัยด้านสารเสพติด เกิดเป็นโรคสมองคิดยา โดยสมองส่วนที่ติดยาเสพติด เป็น สมองส่วนเดียวกับสมองควบคุมความอยากของอาหารและน้ำ รวมทั้งความต้องการทางเพศ ถือว่า เป็นสมองที่ทำให้มีชีวิตอยู่รอด เมื่อมีการเสพสารเสพติด หรือดื่มสุราเป็นเวลานานพอ สมองก็จะ เกิดวงจรที่ถือว่า สุราหรือยาเสพติดนั้นจำเป็นต่อชีวิต (โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2544) โดยเมื่อมีการ ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด สารนั้นจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ถูกส่งไปตามอวัยวะต่างๆทั่ว

ร่างกาย รวมทั้งสมองด้วย โดย Limbic Reward System จะกระตุ้นให้หลั่งสารสื่อประสาทสมอง คือ Dopamine ออกมาในบริเวณ Nucleus Accumbens และหลั่งออกมาจำนวนมาก จึงทำให้มีความสุข ความพอใจ ในคนปกติสมองส่วนนอก (Cerebral cortex) เป็นสมองที่ใช้ในการคิด การใช้เหตุผลและการตัดสินใจ เป็นสมองที่สามารถปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ และภายใต้สมองส่วนนอกคือ สมองส่วนดั้งเดิมที่เรียกว่าส่วน Limbic System สมองส่วนนี้สัมพันธ์กับการคิดเป็นส่วนระบบความพึงพอใจ Limbic Reward System ความแตกต่างของสมองส่วนนี้กับสมองส่วนนอกคือ ส่วนนี้ไม่อยู่ในอำนาจของจิตใจการที่สุราหรือสารเสพติดออกฤทธิ์กับสมองส่วนนี้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพติด ซึ่งสูญเสียพฤติกรรมปกติที่ใช้เหตุผลในการกระทำ ดังนั้นบุคคลเหล่านั้นจึงพยายามทุกวิถีทางที่หาสุรามาเพื่อเสพ และไม่สามารถใช้สมองส่วนตัดสินใจควบคุมความคิด อารมณ์และพฤติกรรมได้ จึงถือว่าเป็นโรคสมองติดยา

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ค่านิยมทางสังคม เยาวชนมักดื่มสุราเนื่องจากอยากทดลอง อยากรู้ อยากเห็น ถูกชักชวน จากเพื่อนและเลียนแบบจากผู้ใหญ่ สำหรับผู้ใหญ่เองก็ลอกเลียนแบบมาจากสังคมชั้นสูง นอกจากนี้บางคนอาจเข้าใจว่าการดื่มสุราจะทำให้สมองแจ่มใส มีความสามารถในงานศิลปะเพิ่มขึ้น วีระ (2533) กล่าวถึง นักสังคมวิทยาเชื่อว่า การเข้าสังคมหรือการยอมตามเพื่อนฝูง มักเป็นจุดเริ่มต้นของการดื่มแล้ว บางสังคมถือว่า การดื่มสุราเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของการเป็นลูกผู้ชาย สิ่งแวดล้อมไม่ดีก็มีส่วนส่งเสริม เช่น พ่อ แม่ ดื่มสุรา ก็จะชักจูงให้ลูกดื่มด้วยประภษาเพ็ญและคณะ (2541) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย จำนวน 1,141 คน พบว่า เยาวชนร้อยละ 40.6 มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพศชายดื่มร้อยละ 53.5 และเพศหญิงดื่มร้อยละ 25.1 อายุที่เริ่มดื่มประมาณ 15-16 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลทิพย์ (2542) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษาชาย ในกรุงเทพมหานคร จากกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน 614 คน พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 66.8 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลของการดื่มสุราต่อบุคคลและสังคม

สุราก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลและสังคม ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคล อันส่งผลไปถึงระบบความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงพฤติกรรม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคม และปัญหาทางสังคมหลายประการตามมา ดังนี้ (วิทย์, 2531)

ผลของการดื่มสุราต่อบุคคล

การดื่มนั้นมีผลต่อร่างกาย 2 แบบคือ แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

แบบเฉียบพลัน การเกิดพิษเฉียบพลันจากการดื่มสุรา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แอลกอฮอล์ในเลือดและอาการทางคลินิกของพิษแอลกอฮอล์

Blood Alcohol Concentration BAC mg%	Clinical Presentation
20-90	เริ่มเสียการทรงตัว อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
100-199	มีอาการทางประสาทวิทยา การตอบสนองช้าลง ataxia ระบบ การทำกล้ามเนื้อไม่มีความสัมพันธ์กัน
200-299	มีอาการเมาเห็นได้อย่างชัดเจน ยกเว้นในรายที่มี tolerance คลื่นไส้ อาเจียน ataxia อย่างมาก
300-399	อุณหภูมิของร่างกายลดลง severe dysarthria ความจำเสื่อม
400-799	ความรู้สึกตั้งลดน้อยลง อาจถึงขั้น coma ขึ้นกับระดับของ tolerance ระบบหายใจทำงานน้อยลงอุณหภูมิและความดันโลหิต ลดลงปัสสาวะรด หรือไม่อาจปัสสาวะได้ reflexes ลดลงอย่าง มาก อาจทำให้ล้มตกลูกตันทงเดินหายใจ หรือ สำลักอาหาร หรือหยุดหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
600-800	ผู้ป่วยมักเสียชีวิต

ที่มา: โรงพยาบาลรัฐนาร์กีย์ ,2544

แบบเรื้อรัง ผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเกิดภาวะพิษต่ออวัยวะทุกส่วน
ของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคต่างๆดังนี้ (สมพร, 2540)

1. ผลต่อสมองและระบบประสาท ผู้ติดสุราอาจมีการฝ่อลีบของสมองส่วนนอก เกิดจาก
การสูญเสียของเหลวออกจากเซลล์สมอง ยังพบว่าสุราทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ซึ่งทำให้มี
อาการชักแบบคนเป็นลมบ้าหมูได้ นอกจากนั้นยังพบภาวะสมองเสื่อม (Alcoholic Dementia) ใน
ผู้ป่วยสุรา แอลกอฮอล์ทำให้ศูนย์ระบบประสาทต่างๆ รวนเร สติปัญญาเสียไป ขาดการยับยั้งใน

การพูด และการกระทำ การควบคุมร่างกายเสีย ความจำเสื่อม ขาดเหตุผลายเป็นบุคคลวิกลจริตในที่สุด

2. ผลต่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือด

2.1 โรคหัวใจ (Cardiomyopathy) แอลกอฮอล์จะทำให้ Myocardium บวมโต ทำให้ทำงานผิดปกติ หัวใจโต และแอลกอฮอล์ยังยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานน้อยลง

2.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีผู้ศึกษาพบว่า ผู้ดื่มสุรารจำนวน 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท

2.3 โลหิตจางแอลกอฮอล์ ทำให้การทำงานของไขกระดูกที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป

3. ผลต่อระบบย่อยอาหาร อาจเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer) เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังเยื่อบุกระเพาะอาหาร โดยทางอ้อม แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรด และน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ทำให้เพิ่มการระคายเคือง และอักเสบจนเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

4. ผลต่อดับ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเผาผลาญและทำลายที่ตับเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตับ เกิดการคั่งของไขมันในตับ (fatty liver) และโปรตีนอัดอยู่ในเซลล์ของตับ เมื่อมากขึ้น เซลล์จะตาย และ เกิดการอักเสบ ถ้าดื่มสุราต่อไปอีกนาน ๆ จะ ทำให้ตับแข็ง (cirrhosis)

5. ผลต่อไต ในรายที่ดื่มสุรามากแอลกอฮอล์จะลดการผลิต antidiuretic hormone ของต่อม pituitary จะทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมออกมามาก ร่างกายจะคูดน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนทีละมากๆ ทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

6. ผลต่อกลิ้ามเนื้อ ผู้ติดสุรามักมีอาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนเพลีย และกล้ามเนื้อตายในที่สุด

7. ผลต่อโรคต่างๆ โรคมะเร็ง เช่นมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ และพบว่าการบริโภคสุราที่สูงนั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็ง

ผลของการดื่มสุราต่อสังคม

เดิมปัญหาสุราเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล ได้แก่ ปัญหาป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิตใจของผู้ดื่มสุรา ตลอดจนเป็นปัญหาสังคมแวดล้อมของสิ่งที่ได้รับการพิจารณาว่ากระทบต่อผู้ดื่มสุรา นั้นๆ และกระทบต่อปัญหาอื่นนอกเหนือจากปัญหาสุขภาพด้วย และขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่กระทบบุคคลในสังคมเรียกว่า ill social (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

1. ปัญหาทางด้านกำลังคน การงานบางอย่างต้องอาศัยคนทำงานที่มีความสามารถพิเศษ เป็นลักษณะพิเศษเฉพาะบุคคล และมีประสิทธิภาพสัมฤทธิ์ผลในงาานนั้น ถ้าบุคคลติดสุรา จะทำให้ขาดกำลังคนที่สำคัญนั้นไป ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งในการสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันเนื่องจากการติดสุรา จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรร้อยละ 1-10 เป็น Alcoholics หรือ heavy drinkers และในบางประเทศพบว่าผู้ดื่มหนักมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-4 เท่า

2. ปัญหาทางด้านครอบครัว จากรายงานพบว่าผู้ติดสุราเป็นผู้ชายเสียเป็นส่วนใหญ่ และค่านิยมทางสังคมในบางประเทศ เช่นในประเทศไทยยังให้ผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัวจึงย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างแน่นอน ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวขาดความอบอุ่น และขาดความสุขในครอบครัว มีปัญหาเด็กซึ่งเป็นบุตรของผู้ติดสุราได้รับการปฏิบัติจากผู้ปกครองไม่ถูกต้องจำนวนมาก อันอาจเป็นสาเหตุให้เด็กในความปกครองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี กลายเป็นปัญหาของสังคมต่อไป

3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดสุราจะต้องเสียเงินในการซื้อสุรามาดื่ม ซึ่งนอกจากไม่มีคุณค่าทางอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดโรคอื่นๆตามมา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อย

4. ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุ และความไม่สงบของสังคม เนื่องจากพิษของสุรา จะมีผลทำให้ผู้ที่ดื่มสุราสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง มักขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดความรับผิดชอบ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการวิวาทชกต่อย ตลอดจนถึงการฆ่ากันตาย และเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน จากสถิติพบว่าผู้ดื่มสุรา มีระดับ Alcohol ในเลือดสูงกว่า

50 mg% ดังนั้นจึงทำให้จำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เพราะ Alcohol มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย โดยจะทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง การตัดสินใจช้าลง การคาดคะเนระยะทางผิดพลาด ประสิทธิภาพในการเห็นและการได้ยินลดลง เช่นการเห็นสัญญาณไฟจราจร การแข่งรถ การบังคับให้รถอยู่ในช่องทาง ในประเทศอุตสาหกรรมพบว่าร้อยละ 30 -50 ของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุในท้องถนน เป็นผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราขณะขับรถ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย

5. ปัญหาทางด้านโจรกรรม เนื่องจากผู้ติดสุราเรื้อรังจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน หรือไม่ทำงานทำให้ไม่มีเงินมาจ้ดซื้อหาสุราเพื่อมาดื่มบำบัดความต้องการได้ จึงอาจทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินโดยการจี้ ปล้น ลักขโมย หรืออื่นๆที่ผิดกฎหมาย และนำความเดือดร้อนมาสู่สังคมโดยรวม

6. ปัญหาทางด้านอาชญากรรม ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณไม่มากนัก (Alcoholในเลือด 6 – 15 mg%) จะมีความรู้สึกกระตุ้นประสาท และการทำให้มีความกล้ามากขึ้น ความสามารถในการใช้วิจารณญาณถึงความถูกต้องของสังคมลดลง จนอาจเป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรากล่อมสติปัญญา คดีข่มขืน กระทำชำเราและฆ่า ในผู้ติดสุราเรื้อรังจะมีผลต่อระบบสมอง และมีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคจิต อันอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ติดสุรากล่อมสติปัญญาได้

จะเห็นได้ว่าสุราเป็นสารเสพติดที่นิยมดื่มเพื่อความสนุกสนาน และเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป การดื่มสุรามีปัจจัยที่เข้ามาส่งเสริมให้แต่ละบุคคล มีพฤติกรรมการดื่มแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับ ตัวผู้เสพ และสิ่งแวดล้อม ผลกระทบของสุราที่มีต่อสุขภาพของบุคคลผู้บริโภคคือ หากสุขภาพเสื่อมลง ย่อมส่งผลไปถึงครอบครัว และสังคม กล่าวคือ ผลของสุราที่มีต่อสุขภาพซึ่งจะเกิดโรคต่างๆขึ้น และการควบคุมตนเอง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่ในครอบครัวตามสถานภาพและบทบาท การเป็นต้นแบบที่เหมาะสมให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้วผลของสุราจะทำให้ผู้ดื่มขาดการควบคุมความยับยั้งชั่งใจ ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหาอุบัติเหตุการทะเลาะวิวาท อาชญากรรม การข่มขืน โรคเอดส์ การกระทำผิดของเด็กและเยาวชน และเศรษฐกิจ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา

มาตรการในการบำบัดรักษายาเสพติดและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย ปัจจุบันได้กำหนดเป็น 3 ระบบดังนี้(ธงชัย, 2541)

1. การบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ (Voluntary system)
2. การบำบัดรักษาด้วยระบบต้องโทษ (Correctional system)
3. การบำบัดรักษาในระบบบังคับ (Compulsory system)

แม้สุราเป็นสิ่งเสพติดที่เสพติดแล้วไม่ผิดกฎหมายแต่จะส่งผลเสียหายต่อตัวผู้เสพเอง บุคคลใกล้ชิด และสังคม จึงจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา โดยตรงเกียรติ และคณะ (2545) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition) โดยใช้เกณฑ์ คือ การดื่มสุราในปริมาณที่มาก จนทำให้เกิดอาการความบกพร่อง ในระยะเวลาเวลา 12 เดือน ซึ่งเกณฑ์ของ DSM- IV มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลจากสารเสพติดมากเท่าเดิม
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม
3. ควบคุมตัวเองไม่ได้
4. หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม
5. มีความต้องการอยู่เสมอหรือพยายามเลิกหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ
6. การงาน, การเรียน, สังคม หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์ต่างเสื่อมถอยลงหรือสูญเสียไป
7. ยังคงดื่มอยู่ ทั้งๆที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

ผู้ป่วยสุราจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ ผู้เสพยาและผู้ติดสุรา แบ่งแยกได้ดังนี้

1. ผู้เสพยา (Drug Abuse) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น น้อยกว่า 3 ข้อ
2. ผู้ติดสุรา (Drug dependence) หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

รัฐบาลได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสุราเข้ารับการบำบัดรักษาโดยระบบสมัครใจและยึดวิธีการ

รักษาที่เป็นหลักทั่วไป ในสถานพยาบาลปัจจุบันซึ่งเป็นขั้นตอนที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ประกอบด้วยกระบวนการการรักษา 4 ขั้นตอนซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาได้ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวโดยรายละเอียดของกระบวนการรักษามีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นถอนพิษยา (Detoxification)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นติดตามหลังการรักษา (Follow up)

สถาบันราชกุมารภักดิ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ที่ ตำบลประชาธิปไตย อำเภอสัญบุรี จ.ปทุมธานี เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด โดยเฉพาะโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามพระราชกฤษฎีกาดังนี้

1. ดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยทางวิชาการแพทย์ในกลุ่มผู้ติดยา และสารเสพติด
2. ดำเนินการเกี่ยวกับการให้การศึกษาค้นคว้า และฝึกอบรมแก่แพทย์ประจำบ้านเพื่อให้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาที่รับผิดชอบตลอดจนถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และสารเสพติด
4. ควบคุมดูแลการดำเนินงานของศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติดในส่วนภูมิภาค
5. ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันธัญญารักษ์

ในปัจจุบันสถาบันธัญญารักษ์ จ.ปทุมธานี ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษา เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบทางสายใหม่ (FAST MODEL) และการบำบัดรักษาแบบ กาย จิต สังคม ในรูปแบบผู้ป่วยนอก (FRESH MODEL) ซึ่งถือเป็นวิธีการบำบัดที่สมบูรณ์แบบและเป็นที่ยอมรับในนานาประเทศ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2544)

สถาบันธัญญารักษ์ ได้มีการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการดื่มหรือลดปริมาณการสุราลงและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
2. เพื่อจะฟื้นฟูสมรรถภาพปรับเปลี่ยนแนวคิดของผู้ป่วย
3. เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาแบบไป-กลับ ไม่ต้องนอนรักษาในสถาบัน มีกระบวนการการรักษา 4 ขั้นตอนใช้ระยะเวลา 1 ปี 4 เดือน โดยผู้ป่วยต้องมาเข้ากลุ่มกิจกรรมพร้อมด้วย ครอบครัวและมีการให้คำปรึกษารายบุคคล พร้อมครอบครัวไม่น้อยกว่า 16 ครั้ง ตลอดการบำบัดรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน มีการติดตามผลการรักษาหลังครบ 4 เดือน จนครบ 1 ปี โดยมีการประยุกต์จากโปรแกรมเมทริกซ์ ซึ่งเป็นโปรแกรมบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้ผลดีจากประเทศสหรัฐอเมริกา และ แนวทางของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก (ธงชัย, 2541)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission) เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้บำบัดตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับที่จะเลิกดื่มสุราอย่างจริงจัง มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยให้มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยในขั้นนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลด้านร่างกายโดยการตรวจร่างกายข้อมูลด้านจิตสังคม โดยการสัมภาษณ์เพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษากับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนพิษยา (Detoxification) เมื่อผู้ป่วยต้องมาเลิกสุราหรือรักษาอาการเจ็บป่วยจากพิษสุรา การหยุดดื่มหรือลดลงอย่างกะทันหัน จะทำให้เกิดอาการผิดปกติหลายอย่าง เรียกว่ากลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal Syndrome) ซึ่งประกอบด้วย อาการทางด้านอายุรกรรม เช่น ตัวอึกเสบเฉียบพลัน ตัวแข็ง เลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือมีอาการทางจิตเวช เช่น โรคริดจากสุรา หนาว ประสาทหลอน ซึมเศร้า และอาจฆ่าตัวตายได้ แพทย์จะประเมินอาการของผู้ป่วยโดย CTWA-Ar score หากมากกว่าหรือเท่ากับ 10 จะมีอาการรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก เนื่องจากอาจมีภาวะชักร่วมด้วย หรือโรคริดที่เกิดจากสุรานั้นรุนแรง แพทย์จะให้นอนพักในสถานพยาบาล (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์, 2544) ส่วนในรายที่มีกลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา ไม่รุนแรงอาการจะทุเลาเองได้ไม่จำเป็นต้องรับเป็นผู้ป่วยในยกเว้นในรายที่มีประวัติการดำเนินของโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิต (ธงชัย, 2541)

สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราแบบผู้ป่วยนอกขณะบำบัดรักษาด้วยยาของ สถาบัน ญารักษ์ได้มีการประยุกต์นำการบำบัดรักษา (สถาบัน ญารักษ์, ม.ป.ป.) ดังนี้

แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสั่งการรักษาและวางแผนปรับพฤติกรรม

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการบำบัดรักษา และในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ครั้งที่ 2 การควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับตัวผู้ป่วยโรคสุราระหว่างการบำบัดรักษา ดังนี้

1. รับประทานยาตามแผนการรักษา

2. หลังรับประทานยา อาจมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ขากรรไกร คอ และกล้ามเนื้อหลัง หน้า กระจก พูดซ่า หรือพูดลำบาก กระสับกระส่าย เคลื่อนไหวไม่หยุด ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเห็นภาพซ้อน หรือมีอาการผิดปกติรุนแรงให้กลับมาพบแพทย์ หรือไปสถานพยาบาลใกล้บ้านโดย

นำยาที่รับประทานไปด้วย แต่ถ้ามีอาการเล็กน้อยไม่รุนแรง ให้รอดูอาการไปก่อน อาการเหล่านี้จะค่อยๆดีขึ้นเองได้

3. ยาที่ผู้ป่วยรับประทานจะทำให้มีอาการง่วงซึม ควรระมัดระวังเกี่ยวกับการทำงานกับเครื่องจักร และการขับรถ

4. ระหว่างการรักษาไม่ควรดื่มสุราเพราะจะเสริมฤทธิ์การกดประสาท

5. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ

6. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำงานอดิเรกที่ชอบ

7. หลีกเลี่ยงเพื่อนที่ยังคงดื่มสุรา

8. ฝึกทำตารางกิจกรรม และ ปฏิบัติตามตารางนั้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขพฤติกรรม โดยใช้กลุ่มบำบัดต่างๆมาเป็นแนวทาง เพื่อปรับพฤติกรรม อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองจนครบ 16 ครั้ง เพื่อให้หลีกเลี่ยงจากการติดสุราซ้ำ และสามารถเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลุ่มบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และกลับสู่สังคม ชุมชน ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นติดตามหลังการรักษา(Follow up) เป็นการติดตาม ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ โดยการนัดหมายให้มาพบที่สถาบันมีการตรวจร่างกาย ให้คำปรึกษา หรือเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้พบกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย มีการตรวจร่างกาย ให้คำปรึกษา

จะเห็นได้ว่ากระบวนการบำบัดรักษาที่ สถาบันธัญญารักษ์นำมาประยุกต์ใช้นั้น มีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการของการขาดสุราให้ลดน้อยลง สามารถดูแลตนเองในระหว่างเข้ารับ

การบำบัดรักษา และปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การเลิกดื่มสุรา และสามารถ
ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม โดยไม่ต้องพึ่งพาสุรา

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความหมาย

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจ ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผล
หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ส่งผลให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ
(จรรยา อ่างใน ฐิติพร, 2529)

Rokeach (1970) ได้ให้ความหมายของความเชื่อว่าเป็นความรู้สึคนึกคิดหรือความเข้าใจของ
บุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบได้ในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่ง
นั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม

ดังนั้นความเชื่อ คือ ความรู้สึคนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ข้อเท็จจริงของบุคคลต่อสิ่ง
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้เกิดการปฏิบัติตามแนวความคิด
ความเข้าใจนั้นๆ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีของเคิร์ต เลวิน (Kurt
Lewin as cited in Becker 1974) ซึ่งกล่าวว่าในช่วงชีวิต ของบุคคลที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้
ประกอบด้วยบริเวณที่เป็นประจวบ และบริเวณที่เป็นประจวบ และบริเวณประจวบที่เป็นกลาง ความ
เจ็บป่วยหรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดให้อยู่ในบริเวณที่เป็นประจวบ ซึ่งจะมีแรงผลักดัน
จากบริเวณนี้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลจะถูกดึงเข้าสู่บริเวณแรงด้าน
บวก จากแนวคิดดังกล่าว สามารถอธิบายถึงการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้
ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิด
ว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนและจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา จากแนวความคิดนี้
จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง Rosenstock (1974) นำมาใช้อธิบาย
พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นอย่างน้อยมีความรุนแรงในระดับปานกลางต่อการดำรงชีวิต และรับรู้
ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือ

ลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และไม่เกิดอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเช่น
ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความอับอาย ความสะอึกสวาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่นำตัวแปรทางจิตสังคมมาอธิบายพฤติกรรม
หรือการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ไม่แน่ใจ โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของ
บุคคลขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับและความเชื่อในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการ
ปฏิบัติของตน (Maiman & Becker, 1975) ซึ่งการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นต้องมี
องค์ประกอบดังนี้

ความพร้อมในการที่จะปฏิบัติ หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของ
บุคคลที่จะปฏิบัติ ซึ่งขึ้นกับการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่จะ
เกิดขึ้น การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้และ
ประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพว่า การกระทำนั้นมีประโยชน์ เช่น ช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือความ
รุนแรงของโรคได้ โดยเปรียบเทียบกับประโยชน์ของการกระทำและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการ
กระทำ ซึ่งชั่งน้ำหนักระหว่างการรับรู้ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการ
ปฏิบัติ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นหรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่
เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นจากภายในเช่น การรับรู้สุขภาพของตนเองหรือสิ่ง
กระตุ้นจากภายนอกเช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสื่อสารมวลชนต่างๆ บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น มิใช่สามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคเท่านั้น Kasl & Cobb (1966) กล่าวว่ายังสามารถประยุกต์ใช้ได้กับพฤติกรรมสุขภาพ 3
ลักษณะคือ พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพ
อนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การขอ
คำปรึกษา หรือคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินภาวะความ
เจ็บป่วยและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมพฤติกรรมในบทบาทของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติ
กิจกรรมต่างๆ เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วเพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือใน
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้วนั้น มาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรม
การป้องกัน ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ดังนี้ (Becker, 1974)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนยอมรับว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่มีอาการของโรครุนแรง ถ้าไม่ไว้วางใจแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์และทำให้การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนับเป็นไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นโรคซ้ำจากการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำอีก

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรคสูงจะมีความรู้สึกถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ มีมากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ถึงแม้ว่าคุณจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรครวมถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษาซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อ รับรู้ว่าคุณเองมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการหรือเจ็บปวด และมีผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (perceived benefits) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าคุณรับรู้ถึงสิ่งที่ปฏิบัติสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรค นั่นคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง (perceived barriers) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค แต่ในขณะที่เดียวกันการปฏิบัติก็อาจทำ

ให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่สบายใจ ได้รับความเจ็บปวด เสียเวลา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีน้อย ก็จะเกิดการปฏิบัติตามมา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมีน้อยและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีมาก นั่นหมายถึงเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดขึ้นจะมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

5. สิ่งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ (cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือหรือสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ เป็นสิ่งกระตุ้นมาจากภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง อาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรณรงค์ความรู้ต่างๆ บทความ หรือโฆษณาในวารสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาแล้ว บุคลากรสุขภาพ จดหมายเตือนจากแพทย์ เป็นต้น

อาจสรุปได้ว่าแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสนใจในสุขภาพ ตลอดจนการร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษา หรือปฏิบัติตามคำแนะนำแนะนำของแพทย์ ดังนั้นผู้ที่คิดสุราจะสามารถเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุราจะสามารถปฏิบัติได้มากขึ้นเพียงใดนั้น น่าจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ดังกล่าว

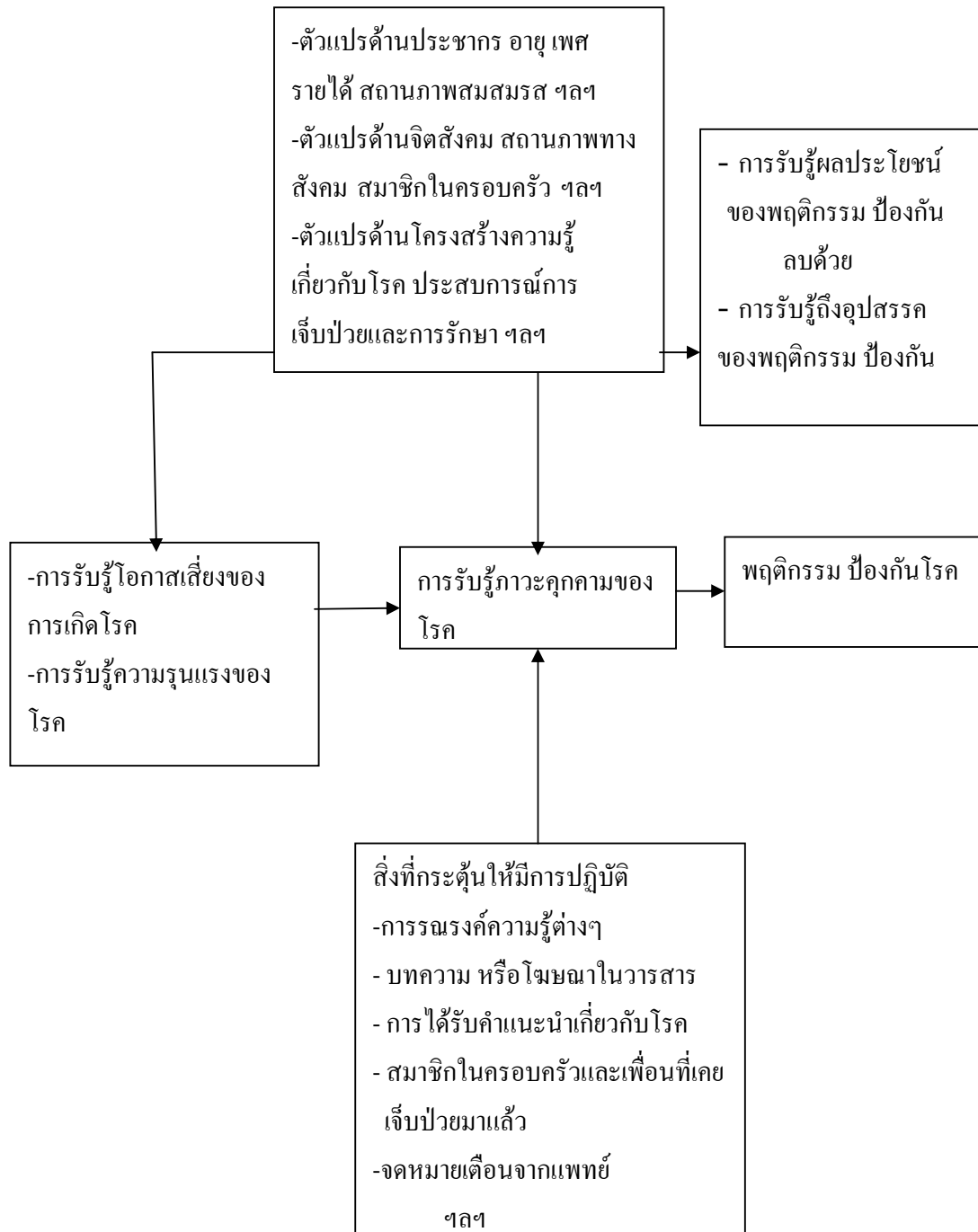
นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ นอกเหนือจากตัวแปรทั้ง 5 ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Backer, 1974) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยด้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค มีประวัติเจ็บป่วยมาก่อน

ดังแสดงลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพที่ 1

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Becker, M.H. and Maiman, L. A., 1975.

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนยอมรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่มีอาการของโรครุนแรง ถ้าไม่ไว้วางใจแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์ และทำให้การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นโรคซ้ำจากการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำอีก

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรคสูงจะมีความรู้สึกถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ มีมากขึ้น

จากการศึกษานิตยา (2535) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในบุคลากรชายที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และจิรวรรณ (2543) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยแก่บุตรวัย 3-5 ปี ของบิดามารดาสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ (2547) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพยาเสพติดสถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและยังเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ หากผู้ป่วยสุรา มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุราเช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ โรคมะเร็งตับหรือการกลับเป็นโรคซ้ำ น่าจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยสุรา มีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถเลิกสุราได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรครวมถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าคุณนั้นมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณนั้นมียาอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการหรือเจ็บปวดและมีผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม การศึกษาของ สุภัทรา (2543) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ของการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งถ้าผู้ที่ป่วยสุรามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรา ว่านอกจากจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือพิการแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว การทำงาน และเศรษฐกิจของบุคคลนั้นๆด้วย น่าจะทำให้เกิดการดูแลตนเองในระหว่างการบำบัดรักษาได้มากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (perceived benefits) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าคุณรับรู้ว่าคุณนั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรค นั่นคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติ นั้นลดภาวะคุกคามของโรค นิตยา (2539) ได้ศึกษา พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ และสุขุมาล (2543) ยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง อีกทั้งการศึกษาของ สุภัทรา (2543) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ของป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เสพสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการรักษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าผู้ที่ติดสุรารับรู้ว่ามีประโยชน์ของการดูแลตนเองจะมีผลดีต่อสุขภาพ และป้องกันปัญหาอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา น่าจะช่วยให้ผู้ที่ป่วยสุราดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง (perceived barriers) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค แต่ในขณะเดียวกันการปฏิบัติก็อาจทำให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่สบายใจ ได้รับความเจ็บปวด เสียเวลา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีน้อย ก็จะเกิดการปฏิบัติตามมา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมีน้อยและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีมาก นั้นหมายถึงเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดขึ้นจะมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จากการศึกษาของเกศินี (2536) พบว่าหญิงตั้งครรภ์เบาหวานที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ยุพิน (2537) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ และมยุรี (2543) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อีกทั้งจากการศึกษาของ สุภัทรา (2543) พบว่า การรับรู้อุปสรรค ของการป้องกันติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ (2547) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหรือการรักษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งถ้าผู้ที่ป่วยสุรารับรู้อุปสรรคหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกดื่มสุราเช่น อาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ที่เกิดจากการหยุดดื่มสุรา การจัดการกับความเครียดในระหว่างการบำบัดรักษา การที่ต้องเปลี่ยนแปลงความเคยชินในสิ่งที่ตนเคยปฏิบัติ เป็นต้น และถ้าหากมีความพร้อมในการปฏิบัติมาก น่าจะมีการดูแลตนเองที่ดี เกิดผลดีต่อสุขภาพและป้องกันผลกระทบจากการดื่มสุราที่อาจเกิดขึ้นตามมา

5. สิ่งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ (cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือหรือสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ เป็นสิ่งกระตุ้นมาจากภายในเช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง อาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรณรงค์ความรู้ต่างๆ

บทความ หรือโฆษณาในวารสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาแล้ว บุคลากรสุขภาพ จดหมายเตือนจากแพทย์ เป็นต้น

จากที่กล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าการดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาต่างๆ บุคคลที่อยู่ในภาวะติดสุรา จะเกิดอาการขาดสุรา บุคคลบางกลุ่มจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และทางสถานพยาบาลจะจัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันให้ปฏิบัติ ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยนอก ที่จะต้องกลับไปสู่ชุมชน และดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถเลิกดื่มสุราได้ ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลและแรงผลักดันว่าผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองได้เหมาะสมหรือไม่ หากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต่อน่าจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสุรามีการดูแลตนเองในการเข้ารับการรักษาด้วยอย่างเหมาะสม ทั้งการป้องกันและควบคุมการรักษาของโรค และเพื่อป้องกันมิให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้น

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support Theory)

การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจรับจากคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการมีผู้ให้และผู้รับ

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างๆ ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อมั่นว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมีคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Pender (1987) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของผู้อื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Thoits (1982) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวด หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง หรือสิ่งของอื่นๆ

Schaefer, et al (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคอง จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตนในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ด้านวัสดุสิ่งของ แรงงาน เงิน การได้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรักเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายชนิด และมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของนักทฤษฎีแต่ละท่าน ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Weiss (1974) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ชนิด คือ

1. ความใกล้ชิดทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว
2. การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบเป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่ให้ความรับผิดชอบ ต่อความเจริญเติบโตและความผาสุกสบายของผู้เยาว์ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้
4. การได้รับการยอมรับเป็นการให้การยอมรับในสถาบันครอบครัว เพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม
5. การได้รับความช่วยเหลือเป็นการได้รับคำแนะนำ ชี้นำ ได้รับกำลังใจ สามารถนำไปแก้ปัญหา

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญที่สุดต่อผู้ป่วยตั้งแต่เด็กเพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอด ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้
3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อน ไม่เพียงพอ

5. การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความรักจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความผูกพันอย่างลึกซึ้ง

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีค่า และได้รับการยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer, et al. (1981) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกันมีหน้าที่ให้การสนับสนุน 3 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

Caltabiano (2002) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึก การเอาใจใส่ ความห่วงใย ที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกสะดวกสบาย ไร้กังวล รู้สึกเป็นเจ้าของ และได้รับความรัก

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงความช่วยเหลือที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่านั้น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการให้ความรู้สึกว่าคุณคนนั้นเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน และมีกิจกรรมร่วมกัน

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible or Instrument support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้ หรือให้ยืม เงิน สิ่งของ ให้ความเวลา

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ คำเตือน หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การกระทำของบุคคล

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน เปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องและการให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น เพื่อนำไปประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล การซักถาม การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงาน เพื่อช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล

จากการศึกษาได้นำ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1985) มาใช้ในงานวิจัยนี้ กล่าวคือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากสามี ภรรยา พ่อแม่ พี่น้อง ญาติพี่น้อง ในด้านอารมณ์ ยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการสนับสนุนด้านการ ประเมิน เปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือบริการ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

การสนับสนุนครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสำคัญในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัว สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ไปได้ กรมสุขภาพจิต (2545) ได้แนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อคนใกล้ชิดติดสุรา ว่าให้สมาชิกในครอบครัวได้พยายามทำความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วย ถึงสาเหตุของการดื่มสุรา ผู้ป่วยจะได้มีความรู้สึกที่สมาชิกในครอบครัวเป็นพวกเดียวกันตนเอง เห็นใจตนเอง และเกิดความไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจมากขึ้น ให้พยายามหว่านล้อมโดยให้เหตุผลว่าทุกคนรักและเป็นห่วงหากผู้ป่วยสามารถเลิกสุราได้จะเป็นผลดีทั้งต่อตนเอง และครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีความคิดจะเลิกสุรา ให้รีบพาไปพบแพทย์ทันที ก่อนที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนใจ และคอยเป็นกำลังใจ คอยดูแลให้ผ่านช่วงแรกของความทรมานไปได้ โดยสมาชิกในครอบครัวต้องอยู่เคียงข้าง เสมอ และ ควรจัดหากิจกรรมที่เพลิดเพลินให้ผู้ป่วยทำทดแทน ในช่วงเวลาที่เคยดื่มสุรา จะได้ลดอาการทรมานทรมานลง หากผู้ป่วยตั้งใจจริง และสมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะสนับสนุนอย่างเต็มที่ โอกาสที่จะเลิกสุราได้ก็มีมาก จากการศึกษาของวัชร (2543) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบำบัดรักษา ในระยะถอนพิษยาของผู้ติดเฮโรอีน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามระเบียบการบำบัดรักษาซึ่งสอดคล้องกับ อภิรดีและวีโลรัตน์ (2543) ที่ได้ศึกษาแรงสนับสนุนของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากญาติในด้านต่างๆอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องญาติให้

กำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เรวดี (2546) ยังได้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของกองทหาร ประจำค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี พบแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ครอบครัวกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้า และ ขวัญหทัย (2544) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเลิกและกลับมาเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์หรือด้านข้อมูลข่าวสารนั้นจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นซึ่งการป้องกันทำได้โดยการช่วยเพิ่มความสามารถและยังเป็นการช่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้น เช่นเดียวกับกับ วิภาวดี (2547) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันรัฐบุรุษ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากนักบำบัด การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทักษะคิดและอาชีพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกจนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันรัฐบุรุษ ได้ร้อยละ 71.90 ตัวแปรทำนายที่มีอำนาจสูงสุดคือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรม ได้ร้อยละ 47.50

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่จะนำมาช่วยแก้ปัญหาให้กับบุคคลนั้นๆ จะส่งผลให้พฤติกรรมเป็นไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการมากยิ่งขึ้น การสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านการประเมิน เปรียบเทียบ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องและการให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น เพื่อนำไปประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้สึกเปรียบเทียบกับคนอื่น ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูล การตักเตือน การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ ตลอดจนด้านสิ่งของหรือบริการครอบครัวช่วยเหลือ แรงงาน เงิน และเครื่องใช้สอยที่อำนวยความสะดวกในขณะที่มารักษา จึงจะส่งผลให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรม หรือบรรลุจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ความหมายของพฤติกรรม

สมจิตต์ (2532) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยบุคคลอื่นหรือปฏิกิริยาภายในที่มีต่อสถานการณ์ จึงรวมทัศนคติ ค่านิยม ความรู้ ในบางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

ประภาเพ็ญ และ สวิง (2534) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกประการที่มนุษย์กระทำทั้งภายในและภายนอก แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลจากความคาดหวังจากบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต และได้แบ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบบุหรี่ โดดหัดของหัวใจ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้ พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง เป็นต้น

เฉลิมพล (2543) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลเหล่านั้น แสดงออกมารวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมที่อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นแล้วสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นกระบวนการกระทำที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

สร้อยตระกูล (2545) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือกิริยาอาการที่แสดงออกของบุคคล ทั้งนี้รวมถึงการงดการกระทำด้วย นอกจากนั้น การตัดสินใจที่รู้สึกได้ของบุคคล กลุ่มหรือองค์การ หรือการกระทำที่ซ่อนเร้นแต่พร้อมที่จะแสดงออก อาทิ การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ก็นับเป็นการกระทำเช่นกัน ดังนั้น พฤติกรรมจึงรวมสิ่งที่บุคคล กลุ่ม หรือองค์การประพฤติปฏิบัติ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เปิดเผย (Overt Behavior) และยังรวมถึงพฤติกรรมที่ไม่แสดงออกหรือพฤติกรรมซ่อนเร้น (Covert Behavior) ทั้งนี้รวมถึงกระบวนการภายในอื่นๆ ได้แก่ ความคิด

ความรู้สึก ทักษะคิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการงดเว้นการกระทำหรือการไม่แสดงออกทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจอีกด้วย

จากความหมายผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่างๆ ของบุคคลทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออกมาเพื่อการดูแลสุขภาพ ให้อคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลจากความคาดหวังจากบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

ความหมายของคุณดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self-care) มีบุคคลให้ความสนใจหลายท่าน เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นยึดแผนในการปฏิบัติเพื่อรักษาและดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีและได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ต่างกักันดังนี้

Norris (1977) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ริเริ่มกระทำ ตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติโดยบุคคลและครอบครัว เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

Pender (1987) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตน การดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมายชัดเจน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดกระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

มัลลิกา (2530) ให้ความหมายว่า เป็นการรู้จักการปกป้องตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว เป็นการดูแลในขณะที่สุขภาพดีตลอดจนวิธีส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้สึกผิดปกติไปจากเดิมหรือเริ่มมีอาการบ่งบอก จากนั้นบุคคลแต่ละคนจะแสดงอาการออกของพฤติกรรมเจ็บป่วยที่ต่างกัน

สมจิต (2544) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเอง โดยจงใจกระทำ มีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยในโครงสร้าง

หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคล ให้ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก

จากความหมายดังกล่าว สรุปว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคล และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษา สุขภาพของบุคคล และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองถือเป็นกระบวนการที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพื่อจะคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรค และสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

มัลลิกา (2530) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองว่า มาจากความคิดพื้นฐานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ฉะนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีที่แก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป
3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องชุมชนและบุคคลมากกว่า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงถึง ประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ดังกล่าว

5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเองตลอดจนการอยู่ในอาณัติของแพทย์ให้น้อยลง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem's self care theory)

Orem (1985) ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ตนเองกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อ

พัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1 การแสวงหาการแสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม หมายถึง การที่ของ ผู้ป่วยสุรา แสวงหาความรู้ ความช่วยเหลือ ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่จากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 การรับรู้และเอาใจใส่ผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลกระทบต่อการพัฒนาของชีวิต หมายถึง การที่ของ ผู้ป่วยสุรา รับรู้และสนใจดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อสุขภาพ การพัฒนาการของตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของโรคลง

3.3 การปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา หมายถึง การให้ความสนใจและ ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยสุรา

3.4 การรับรู้และเอาใจใส่สิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกสบายหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย หมายถึง การที่ของผู้ป่วยสุรา รับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ยาที่ใช้ หรือจากโรค

3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ หมายถึง การที่ของผู้ป่วยสุรา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และสภาพของตนเองที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาสุราโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 การเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วย หมายถึง การที่ของผู้ป่วยสุรา เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อโรคที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เช่น โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง และสามารถดำเนินชีวิตเพื่อพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

จากทฤษฎีการดูแลตนเองตามทฤษฎีของOrem นั้น สามารถนำมาใช้ได้ทั้งบุคคลทั่วไป และบุคคลที่มีภาวะผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือมีอาการเจ็บป่วย และการดื่มสุราในปริมาณมาก และดื่มมานานเรื้อรังจะผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ในสังคม การหยุดดื่มสุรานั้น ผู้ป่วยจะมีอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal Syndrome) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย และ จิตใจ (เกษม, 2536) จึงจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย การขึ้น ในภาวะที่มีปัญหาเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ในขณะเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่จำเป็นในภาวะนี้ ตามแนวคิดของ Orem (1985) จะครอบคลุมกิจกรรม 6 ด้านดังนี้

1. การแสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม หมายถึง การที่ ผู้ป่วยสุรา แสวงหาความรู้ ความช่วยเหลือ ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่จากบุคคลที่เชื่อถือได้ กล่าวคือ เมื่อมนุษย์อยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับตัวกระทบด้านร่างกาย ด้านชีววิทยาหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่า สภาพทางพันธุกรรม จิตใจ ร่างกาย จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพเกิดความผิดปกติ หรือเกิดโรคขึ้น บุคคล จะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

2. การรับรู้และเอาใจใส่ผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลกระทบต่อการพัฒนาของชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุรา รับรู้และสนใจดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ และการพัฒนาการของตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของโรคลง

3. การปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา หมายถึง การให้ความสนใจ และในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยสุรา การมาตามนัด สนใจในการร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ วางแผน เพื่อดูแลตนเองในระหว่างการบำบัดรักษาได้อย่างเหมาะสม

4. การรับรู้และเอาใจใส่สิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกสบายหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุรา รับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ยาที่ใช้ หรือจากโรค สนใจอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ทั้งจากยาตามแผนการรักษา และอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal Syndrome) เช่น อาการชัก

5. การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุรา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และสภาพของตนเองที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาสุราโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น ยอมรับว่าอยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา อาจช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องให้สมาชิกในครอบครัว คอยช่วยเหลือ

6. การเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อโรคที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา เช่น โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องทำการรักษาที่ต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตเพื่อพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การยอมรับในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในด้านอื่นเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะป้องกันช่วยเหลือให้ อุปสรรคต่างๆ ลดลง

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ เพื่อที่จะ

กำหนดทิศทางในการดูแลตนเองให้เหมาะสมและนำไปสู่การเลิกดื่มสุรา และ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การที่จะดูแลตนเองได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม อีกทั้งการสนับสนุนของคนในครอบครัวจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยสุราดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนันธณา (2548) ได้ศึกษาถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 210 คนพบว่าลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับมาก ซึ่งลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลดังกล่าวได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขั้นตอนการบำบัดรักษา ปัจจัยที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีค่านิยมหรือทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน นันธณา (2548) ได้ศึกษาถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานีพบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง และลัดดา (2548) พบว่า ผู้ป่วยเสพยาเสพติดเพศชายจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าเพศหญิง

2. อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ในเรื่องการดูแลตนเองและในด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำตนเอง ได้ดีกว่าเด็ก ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นอายุที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้การปฏิบัติในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน(Orem,1985) ซึ่งจากการศึกษาของยุพารัตน์และคณะ (2540) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนันธณา (2548) ที่ศึกษาถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานีพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอายุสูงกว่า 30 ปี มีการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพราะชีวิตคู่ทำให้มีความผูกพันระหว่างบุคคลกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตมีการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือดูแล การขาดคู่สมรส ทำให้บุคคลขาดคนช่วยเหลือ รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่สนใจสุขภาพร่างกายตนเองเท่าที่ควร จากการศึกษาของลัดดา (2548) พบว่า ผู้ป่วยเสพติดที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

4. ระดับการศึกษา ปัจจัยที่สำคัญ ผลต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถเสาะแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณากระทำมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการเสาะแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจตนเองให้ดีได้อย่างถูกต้อง (Pender, 1982) จากการศึกษาของบรรจงจิตต์ (2546) พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเหล้าสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. อาชีพ เป็นปัจจัยที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ ด้านเวลาในการจัดระบบดูแลตนเอง Palank (1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวดี (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการบำบัดรักษาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรมในสถาบัน ัญญารักษ์พบว่า อาชีพขณะบำบัดรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการบำบัดรักษาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของแมทริกซ์โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์และการดูแลตนเอง Pender (1982) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี บุคคลที่มีรายได้สูง มีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการดูแลตนเองให้เป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลาง จะมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจงจิตต์ (2546) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเหล้าสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

7. ขั้นตอนการบำบัดรักษา ในระยะแรกของการงดดื่มสุรา ผู้ป่วยสุรามีปัญหาต่างๆ ชับซ้อนมากมาย ทั้งทาง ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น อาการขาดสุรา

(Alcohol withdrawal Syndrome) ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงได้ หลังจากที่เข้าสู่ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และขึ้นติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการเรียนรู้ เพื่อที่จะไปปฏิบัติ ในการดูแลตนเอง สามารถทำให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น (ชงชัย, 2541)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา

ยุพารัตน์และคณะ (2540) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน พบว่ากลุ่มที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เรื่องสุราและผลจากการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรลักษณะภูมิหลังอื่น มีความรู้เรื่องสุราและผลจากการดื่มสุราไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรลักษณะภูมิหลังอื่น มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องสุราและผลจากการดื่มสุราแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาวดี (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการบำบัดรักษายาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันราชัญญารักษ์ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากนักบำบัดการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทำสมาธิและอาชีพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการมารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกจนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรมในสถาบันราชัญญารักษ์ ได้ร้อยละ 71.90 ตัวแปรทำนายที่มีอำนาจสูงสุดคือการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการมารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จนครบขั้นตอนของเมทริกซ์โปรแกรม ได้ร้อยละ 47.50

ลัดดา (2548) ได้ศึกษาปัจจัยด้านความคิดอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเสพติด สถาบันราชัญญารักษ์พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเสพติด มีระดับปฏิบัติปานกลาง ผู้ป่วยเสพติดที่มีปัจจัยบุคคล

แตกต่างกันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและอาชีพที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การการสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของ บริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สุภัทรา (2543) ได้ศึกษาความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพและแบบแผนความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเชื้อโรคเอดส์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ปีที่ 1 และปีที่ 4 จำนวน 248 คน ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านโดยรวม การรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคอยู่ในระดับสูงและพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

วนิดา (2544) ได้ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 40 คน กลุ่มทดลอง 40 คน ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีการประเมินอันตรายในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การประเมินการเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตน ในพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในในพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการบริโภคสุรา ดีวก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิตานาด (2545) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกสุราของผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน ในกลุ่มผู้ติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกอดสุรา จำนวน 40 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสุรา ส่วนการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสุรา การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์

อยู่ระดับสูงและไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูรา อีกทั้งยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูรา

บรรจงจิตต์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันราชกุมารเวชศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 80 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง คือปัจจัยทางด้านชีวเคมี ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูรา ส่วนความรู้เกี่ยวกับสูรา ทักษะคิดต่อการดื่มสูรา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากสูราไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกดื่มสูรา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

วัชรวิ (2543) ศึกษาปัจจัยคัดสรรคี่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบำบัดรักษา ในระยะถอนพิษยาของผู้ติดเฮโรอีน โรงพยาบาลราชกุมารเวชศาสตร์ พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามระเบียบการบำบัดรักษา

ฐิติทิพย์ (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตการศึกษาที่1 พบว่าปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ได้แก่ แรงสนับสนุน จากครู เพื่อน

อภิรดี และวิไลรัตน์ (2543) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลราชกุมารเวชศาสตร์พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากญาติในด้านต่างๆอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องญาติให้กำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ขวัญหทัย (2544) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเลิกและกลับมาเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์หรือด้านข้อมูลข่าวสารนั้นจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นซึ่งการป้องกันทำได้โดยการช่วยเพิ่มความสามารถและยังเป็นการช่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้น

เรวดี (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของกองทหารประจำค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ครอบครัวกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา

ไพรัช (2542) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี จำนวน 85 คน พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีอัตมโนทัศน์ระดับปานกลางมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ระดับปานกลางมากที่สุดและอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

พรรณอ (2547) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 221 คน พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมไม่แตกต่างกัน ผู้ติดยาเสพติดที่ใช้ชนิดสารเสพติดแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ติดยาเสพติดที่มีรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารแตกต่างกัน ผู้ติดยาเสพติดที่มีรายได้แตกต่างกัน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการและสิ่งของแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ติดยาเสพติดที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

สุกมา (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์และศูนย์

บำบัดรักษายาเสพติดทั้ง 5 แห่ง จำนวน 461 คน พบว่าทั้งผู้เสพยาและผู้ติดยา ให้เหตุผลของการดื่มเหมือนกันคือเพื่อความสนุกสนาน สวรรค์ และไม่คิดว่าจะดื่มจนติด ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราพบว่าสาเหตุการดื่ม ช่วงเวลารับประทานอาหารกับการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความถี่ของการดื่ม พฤติกรรมขณะดื่มสุรา พฤติกรรมหลังการดื่มสุรา และเหตุผลของการดื่มอย่างต่อเนื่องไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทนา (2548) ได้ศึกษาถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 210 คนพบว่าลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมจากองค์กร ด้านบุคลากร พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรในระดับดีมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

จากการตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ประมวลมานั้นผู้วิจัยได้มากำหนดกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันธัญญารักษ์

สมมติฐาน

จากการศึกษา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัย ได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่1 ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขั้นตอนการรักษา ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่3 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นของการเกิดโรคจากการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลทางบวกตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่6 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่7 สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สมมติฐานที่8 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก