

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติด คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
2. แนวคิดเครือข่ายทางสังคม
3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรค
4. ความรู้เรื่องโรคเอดส์
5. ความรู้เรื่องยาเสพติด
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพ นำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมอาจได้มาจากสามี ภรรยา ญาติ เพื่อนหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพราะการดำรงชีวิตในสังคมจำเป็นต้องมีเครือข่ายในการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความมั่นคง เป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งมีผู้ให้นิยามการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987, p. 396) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุ สิ่งของ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้น สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Cupach and Metts (1994, p. 64) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือ สิ่งที่บุคคลช่วยเหลือกันในเรื่องของการรับฟังอย่างเข้าใจ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นรูปธรรม เพื่อช่วยให้บุคคลผู้ได้รับมีความรู้สึกที่ดี เพราะว่าบุคคลได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เขาต้องการในสถานการณ์นั้น

Maguire (1996, p. xiii) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างต่อเนื่อง เช่น จากครอบครัว กลุ่มเพื่อน ซึ่งมีการให้การสนับสนุน โดยการให้กำลังใจ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำแก่บุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความจำเป็นหรือความต้องการ

Kaplan et al. (1977 อ้างถึงใน Cutrona, 1996, pp. 3-4) ได้นิยามความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ง่ายๆ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลจากบุคคลอื่นๆ ที่มีความสำคัญ เช่น การแสดงความเห็นด้วย การได้รับการอนุญาต การแสดงความสนใจ การยอมรับในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการได้รับการสงเคราะห์ เป็นต้น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528, น. 171) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สังคมให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้นั้นเข้าไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ (2541, น. 99) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่คนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับ จากบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนนักเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครู อาจารย์ คนในชุมชน บุคคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน เป็นต้น

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการยอมรับ การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำปรึกษาจากบุคคลอื่นๆ ในสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อภาวะอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่ได้รับแล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ

1.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีการแบ่งประเภทไว้แตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

Pender (1987, p. 396) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและได้แบ่งตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การให้การสนับสนุน เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมส่วนหนึ่งของแต่ละบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งช่วยเหลือบุคคลให้เข้าถึงเป้าหมายส่วนบุคคลหรือที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในสถานการณ์เฉพาะเจาะจง การสนับสนุนมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งได้เป็น

1.1 การสนับสนุนทางด้านรูปธรรม (Tangible Support) ได้แก่ เงินหรือการช่วยเหลืออื่นๆ โดยการกระทำ

1.2 การสนับสนุนทางนามธรรม (Intangible Support) ได้แก่ การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความรัก หรือการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารหรือแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานให้สมบูรณ์

3. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การให้การประเมินต่อความคาดหวัง หรือความต้องการเพื่อให้ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำต่างๆ

Cobb (1976 อ้างถึงใน รุ่งนภา ทองรักน้อย, 2545, น. 33) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำข้อเสนอนั้น ตลอดจนการป้อนกลับต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

2. การสนับสนุนด้านเงินทอง วัสดุสิ่งของและแรงงาน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องสิ่งของเครื่องใช้ เงิน และแรงงาน

3. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และสังคม แบ่งเป็น

- การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ โกลัซิดสนิทสนม มีความรู้สึกผูกพัน เห็นอกเห็นใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

- การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) ด้านการยอมรับ ได้แก่ การได้รับการยกย่อง ชมเชยจากผู้อื่น ในแง่ของการแสดงออก ความสามารถหรือความสำเร็จ

- การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม มีการเข้าร่วมกิจกรรม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House (1981 อ้างถึงใน วรพจน์ สมานมิตร, 2546, น. 47) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ในส่วนรวม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Farber (1983 อ้างถึงใน รุ่งนภา ทองรักน้อย, 2545, น. 33) ได้อธิบายว่า ระบบการสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย ความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้านอารมณ์และทรัพยากรต่างๆ และฟาร์เบอร์ได้อธิบายลักษณะการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Socio-emotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ และความสนิทสนม

2. การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงิน และสิ่งของต่างๆ

3. การได้รับความแนะนำในการแก้ไขปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับความแนะนำแก้ไขปัญหาทั้งด้านงานและเรื่องส่วนตัว

Schaffer (1986 อ้างถึงใน ทรงพล ผุดผาด, 2541, น. 51) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Weiss (1974 อ้างถึงใน Cutrona, 1996, p. 3) ได้กล่าวถึงประเภทของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการสนับสนุนทางสังคมประเภทต่างๆ ไว้ดังนี้

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแล จากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม มีการแบ่งปัน รวมทั้งมีความห่วงใย

3. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชม

4. การได้รับคำชี้แนะ (The Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) การสนับสนุนนี้จะได้รับจากญาติที่ใกล้ชิด ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกัน

6. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of Natural) หมายถึงการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น

สรุปประเภทการสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม คือ การให้โดยบุคคลผู้รับรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับ ความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรวัสดุสิ่งของ ตามความจำเป็นของผู้รับในสถานการณ์นั้นๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น ทรัพยากร เงิน วัสดุสิ่งของ บริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และความรู้คำปรึกษาแนะนำ โดยการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่ผู้รับในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การให้การประเมินต่อความคาดหวัง หรือความต้องการเพื่อให้ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำต่างๆ

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งลักษณะหรือประเภทการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม คือการที่ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับกำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือ การยอมรับ

2. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรวัสดุสิ่งของ ตามความจำเป็นในสถานการณ์นั้นๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น ทรัพยากร เงิน วัสดุสิ่งของ บริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาเสพติดและโรคเอดส์ โดยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ติดยาเสพติดในการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

1.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987, pp. 396-397) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ ดังนี้

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ซึ่งเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของกลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ในการทำงานที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยมีความเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา (Religion Organization) ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่เก่าแก่ดั้งเดิมในชุมชน ที่จะช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิต

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Profession Support) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความชำนาญและให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Voluntary service groups and Mutual health groups) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือปัญหาการเป็นสมาชิกที่พิการของครอบครัว

Kapland (1977 อ้างถึงใน ฉัตรแก้ว เกษมสำราญ, 2549, น. 41-42) ได้แบ่งประเภทกลุ่มบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous of nature support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 บุคคลอยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ สามีภรรยา บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ลูกหลาน ซึ่งมีความรักความผูกพันช่วยเหลือกันด้วยความจริงใจ

1.2 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนในที่ทำงาน เดียวกัน คนใกล้ชิดคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organization support) เป็นกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงานหรือสมาคมที่ไม่ใช่กลุ่มอาชีพ เช่น องค์กรทางศาสนา สมาคมผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือผู้อื่นแบบอาสาสมัคร หรือการช่วยเหลือที่ได้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก ความช่วยเหลือเป็นแบบอาสาสมัคร องค์กรเช่นนี้จะให้ความช่วยเหลือระดับระบอบด้านจิตใจ และอารมณ์ หรือปัญหาจากการดำรงชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Profession health cares workers) ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งอยู่ในระดับเล็ก คือ การสนับสนุนทางสังคมแบบระบบย่อย (Subsystem) คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สองคือ การสนับสนุนทางสังคมแบบระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสุดท้ายคือ การสนับสนุนทางสังคมแบบเหนือระบบ (Super system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นๆ ที่อยู่ในชุมชน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในแบบระบบย่อย จะมีลักษณะไม่เป็นทางการ แตกต่าง

จากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ หรือถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน จะแบ่งได้สองชนิด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว (ทรงพล ผุดผาด, 2541, น. 49-50)

สรุปแหล่งการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

1. กลุ่มความผูกพันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 บุคคลอยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ สามีภรรยา บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ลูกหลาน ซึ่งมีความรักความผูกพันช่วยเหลือกันด้วยความจริงใจ

1.2 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนในที่ทำงาน เดียวกัน คนใกล้ชิดคุ้นเคย

2. การสนับสนุนจากบุคคลด้านศาสนา หรือแหล่งอุปลัมภ์ ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

3. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพส่งเสริมป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

4. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดยาเสพติดดังนี้

1. การสนับสนุนจากคนในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ ลูก พี่น้อง สามี ภรรยา ญาติ

2. การสนับสนุนจากเพื่อน ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนที่เสพยา เพื่อนสมัยเรียน

3. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

1.4 หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย (วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 99-100)

1. กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่หลักเป็น “ผู้ให้” และผู้ที่ทำหน้าที่หลักเป็น “ผู้รับ” การสนับสนุน

2. กระบวนการติดต่อสื่อสารโดยทั่วไป ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ายังมีคนที่เอาใจใส่ มีความรักและมีความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการสนับสนุน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

4. การช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ เช่น ในด้านการสาธารณสุข ก็คือ การมีสุขภาพที่ดี ในด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ ก็คือ การมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม หรือสามารถแก้ปัญหา หรือเผชิญปัญหาความเดือดร้อนได้อย่างเหมาะสม

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

การที่แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นที่แพร่หลาย ทำให้นักวิชาการได้พยายามศึกษาอธิบายกลไกการทำงานหรือผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนี้

เบอร์กแมน และ ซัยม์ (Berkman and Syme, 1979 อ้างถึงใน ทรงพล ผุคผาด, 2541, น. 51) เสนอแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพมนุษย์ไว้ดังนี้

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีโอกาสปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ

3. การแยกตัวออกจากสังคมจะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสจะเป็นโรคร้ายขึ้น

โคเฮน และ วิลลิส (Cohen and Willis, 1985 อ้างถึงใน ทรงพล ผุคผาด, 2541, น. 52) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune systems) ทำงานดีขึ้นหรืออาจจะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิตโดยการสนับสนุนทางสังคม นั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันก็ จะทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยที่ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังบางครั้งมักถูกครอบครัวปล่อยปะละเลย ขาดการดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานอื่นๆ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องจำเป็นที่จะต้องเข้ามาบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ (Kaplan and Toshima, 1990, p. 430)

ในการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ใช่เป็นแค่เพียงการบำบัดรักษา หรือเพียงการให้คำแนะนำเท่านั้น แต่ยังเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกและเจตคติ การแสดงความใส่ใจ ความเห็นอกเห็นใจ ทั้งจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคคลที่เกี่ยวข้องที่มีต่อผู้ป่วย (Maguire, 1983, p. 51) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการที่จะมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

1.6 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (เบญจา ช้างแก้ว, 2547, น. 37-38)

1. ผลโดยตรง จากรายงานการศึกษาวิจัยของ Berkman and Syme (1979 อ้างถึงในเบญจา ช้างแก้ว, 2547, น. 37) ซึ่งติดตามคนในวัยผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองออลามีด้า รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป สุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญรวมทั้งวัดถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยหาเครือข่ายของแรง

สนับสนุน ความถี่ในการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม การเข้ากลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ผลการติดตามศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราการป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

2. ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) มีรายงานผลการวิจัยเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่ง Pitisuk (1982 อ้างถึงใน เบญญา ช้างแก้ว, 2547, น. 37) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2.2 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค Langlie (1977 อ้างถึงใน เบญญา ช้างแก้ว, 2547, น. 37) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ในด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ และอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลน้อย

3. ผลต่อความเครียด จากการศึกษาของ Caplan (1974 อ้างถึงใน เบญญา ช้างแก้ว, 2547, น. 38) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยได้ศึกษา ผลต่อความเครียดกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ในกลุ่มคนทำงานที่ต้องทำงานและพบกับความเครียด พบว่า คนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ สูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

4. ผลต่อสุขภาพจิต แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด และช่วยลดความเครียดซึ่งอาจจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้ด้วย Core (1977 อ้างถึงใน เบญญา ช้างแก้ว, 2547, น. 38) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 100 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

กล่าวโดยสรุปการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพราะการสนับสนุนทางสังคมมาจากการมีความสัมพันธ์และผูกพันกันของบุคคลในสังคมเช่น คนในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด รวมทั้งบุคคลากรทางวิชาชีพ ในการช่วยให้

คนได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของรวมทั้งการยอมรับ ให้กำลังใจ ให้อุทิศคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่นในเรื่อง การลดความเครียด ช่วยในการปรับตัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติรวมทั้งช่วยในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรค

2. แนวคิดเครือข่ายทางสังคม

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างแยกไม่ออก การวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคลภายใต้สังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งหมายรวมถึงบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันและกันของบุคคลภายในเครือข่ายสังคมนี้ จะมีทั้งมิติของระบบเศรษฐกิจ ระบบเครือข่ายและการแต่งงาน ระบบการเมือง ระบบสุขภาพอนามัยและอื่นๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นและนับว่าเป็นเสมือนการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกัน การปรึกษาหารือกันการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น (วันพนิญ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 100)

2.1 ความหมายเครือข่ายทางสังคม

Walker et al. (1977 อ้างถึงใน Maguire, 1983, p. 14) ได้ให้ความหมายเครือข่ายทางสังคมคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการเกื้อกูลกันในสังคมเดียวกัน และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร และความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่

เครือข่ายทางสังคม (Social networks) หมายถึง ชุดของความเกี่ยวพัน (Knit) และผูกพัน (Ties) ระหว่างกันของบุคคล ซึ่งประกอบกันขึ้นเป็น ครอบครัว เพื่อน และคนรู้จักกัน การเกี่ยวพันระหว่างกันของคนในสังคม บุคคลที่มีคนรู้จักมากหรือมีความสัมพันธ์กับคนจำนวนมาก แสดงว่าบุคคลนั้นมี เครือข่ายของความเกี่ยวพันมาก (Density knit) ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่รู้จักกับคนอื่น ๆ น้อย แสดงว่าบุคคลนั้นมีเครือข่ายของความเกี่ยวพันน้อย (Loosely knit) (<http://www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson7/>., 2551)

เครือข่ายทางสังคม หมายถึงกลุ่มบุคคลหรือกลุ่มองค์กรซึ่งสมัครใจ สัมพันธ์กันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดยที่แต่ละคน แต่ละองค์กรยังคงเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน (<http://cddweb.cdd.go.th/cdregion05/hrdweb/kam/network.htm/>., 2551)

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530, น. 151) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมของบุคคลหนึ่งประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคลนั้นในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึงบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้าน

สรุปได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้ เครือข่ายทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่เสพยา เพื่อนสมัยเรียน และกลุ่มองค์กร คือเจ้าหน้าที่คลินิกยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ บริการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

2.2 องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม

องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ (วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 100-101)

1. ขนาดของกลุ่มสังคม (size) หมายถึง จำนวนบุคคลในกลุ่มสังคมซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจริงๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภทของความสัมพันธ์ ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ วัยของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะมาจากขณะเป็นทารกจะมีความต้องการการดูแลคุ้มครองจากพ่อแม่และบุคคลในครอบครัวเท่านั้น เมื่อพัฒนาเจริญวัยขึ้นเป็นเด็กก็จะขยายวง มีความสัมพันธ์ออกไปสู่บุคคลที่โรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นครู เป็นเพื่อนนักเรียน เจ้าหน้าที่ของโรงเรียน เมื่อเป็นวัยรุ่น วงเครือข่ายความสัมพันธ์นี้ก็ขยายวงออกไปสู่สังคมกว้างขึ้น

2. ระดับความหนาแน่นของความสัมพันธ์ในเครือข่ายทางสังคม ระดับความหนาแน่นหมายถึงระดับที่สมาชิกในเครือข่ายบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในเชิงของการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปริมาณ และชนิดของข้อมูลที่แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ในการพิจารณาความหนาแน่นของเครือข่ายทางสังคม เจ. บัวส์เซเวน (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 101) จำแนกความหนาแน่นของเครือข่ายทางสังคมออกเป็นโซน (zone) ที่สำคัญ 3 โซน คือ

2.1 เครือข่ายหลัก (intimate network) ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ซึ่งมีความใกล้ชิดมากที่สุด

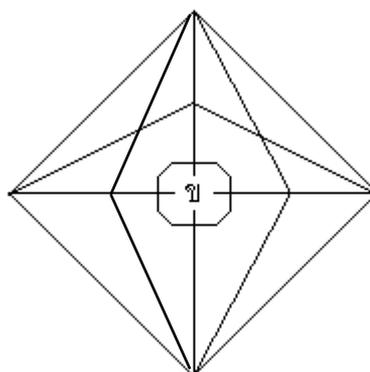
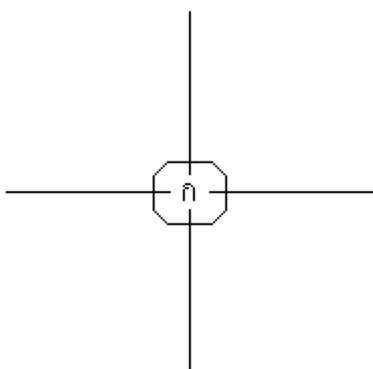
2.2 เครือข่ายรอง (effective network) ประกอบด้วยบุคคลต่างๆ ซึ่งบุคคลที่เป็นศูนย์กลางรู้จักคุ้นเคยน้อยกว่ากลุ่มแรก สามารถคาดหวังจากเครือข่ายนี้ได้น้อยกว่าเครือข่ายแบบแรก กลุ่มนี้มักได้แก่ ญาติพี่น้องที่ห่าง ๆ ออกไป เพื่อนฝูงและคนที่รู้จักคุ้นเคยอื่นๆ

2.3 เครือข่ายขยาย (ego's extended network) ได้แก่ กลุ่มคนที่บุคคลผู้เป็นศูนย์กลางไม่รู้จักโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์ด้วยได้ถ้าต้องการ โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิดอีกทีหนึ่ง (สุภัสตรา เก้าประดิษฐ์, 2535)

การวิเคราะห์ความหนาแน่นของเครือข่ายทางสังคม ยังสามารถพิจารณาได้จากคุณภาพของความหนาแน่นซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ (วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 101)

1. เครือข่ายที่มีความหนาแน่นน้อย (loose-knit network) ได้แก่ เครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างน้อย สมาชิกในเครือข่ายมีความผูกพันระหว่างกันน้อยกว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันมีอยู่ในอัตราความถี่ที่จัดว่าน้อย ซึ่งมีผลให้คนในเครือข่ายมีความคิดเห็นและการกระทำที่แตกต่างกันออกไปมาก และมีอิทธิพลต่อกันและกันน้อย (Specht, 1988 อ้างถึงใน วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 101)

2. เครือข่ายที่มีความหนาแน่นสูง (dense network) ได้แก่ ลักษณะของเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นและใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร หรือมีกิจกรรมการปฏิสังสรรค์อยู่ในอัตราความถี่ที่จัดว่าสูง ทำให้มีลักษณะความคล้ายคลึงกันค่อนข้างมาก และมีอิทธิพลต่อกันและกันมาก (Specht, 1988 อ้างถึงใน วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 101)



แผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในเครือข่ายของ ก. และ ข. ต่างมีจำนวนบุคคลที่เกี่ยวข้อง 4 คน เท่ากัน แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องแล้ว ก. มีเครือข่ายที่หนาแน่นน้อยกว่า ข.

3. ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน ระยะเวลาที่บุคคลรู้จักหรือติดต่อกัน นับตั้งแต่เริ่มรู้จักกันและดำเนินความสัมพันธ์ติดต่อกันมาเรื่อยๆ แสดงให้เห็นความมั่นคงต่อกันและกลุ่ม หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น และรู้จักกันในระยะเวลายาวนาน ก็จะส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการช่วยเหลือกันมากยิ่งขึ้นไปด้วย

4. ความถี่ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันคือจำนวนครั้งที่บุคคลได้มีการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงในกลุ่มเครือข่ายทางสังคม แลงลี (Langlie, 1977 อ้างถึงใน วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2541, น. 102) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของเครือข่ายทางสังคมกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค พบว่า ความถี่ในการพบปะกับเพื่อนจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค นั่นคือ ยิ่งพบปะกับเพื่อนมากก็ยิ่งมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้นตามไปด้วย

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อกัน การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เป็นความต้องการของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารระหว่างมนุษย์มีหลายวิธี การติดต่อสื่อสารโดยตรงด้วยการพบปะพูดคุย ที่เห็นท่าทางพฤติกรรม ได้ยินคำพูดน้ำเสียงโดยตรงน่าจะมีผลการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าการติดต่อสื่อสารโดยทางอ้อม หรือผ่านบุคคลที่สาม

องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคมจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบที่แตกต่างกัน เครือข่ายทางสังคมที่มีความหนาแน่นสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นใกล้ชิด จะส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเครือข่ายทางสังคมที่มีความหนาแน่นน้อย นอกจากนั้น องค์ประกอบอื่นๆ เช่น ขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีการที่ใช้ในการติดต่อของเครือข่ายทางสังคมล้วนแต่มีผลการสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้น เพราะฉะนั้นการที่บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างดีก็จะต้องมีการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพและมีสายสัมพันธ์ที่ดีด้วย (วีรมลล์ จันทรดี, 2542, น. 18-19)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายที่มีผลต่อพฤติกรรม

เครือข่ายทางสังคมสามารถนำมาใช้เป็นเทคนิคหนึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในสังคม อันนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องของกลุ่มและองค์กรต่างๆ ทางสังคม

ตลอดจนโครงสร้างทางสังคมและยังสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลในสังคม เช่น พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ และไม่เป็นโรค ตลอดจนการรักษาเยียวยามือเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ต้องตัดสินใจและกระทำด้วยตนเองหรือโดยครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงหรือบุคคลในชุมชนของผู้ป่วยเอง ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร การดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัยของตนเองหรือของครอบครัวก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของเครือข่ายทางสังคม ดังนี้ (ชุมพล รุ่งเรือง, 2542, น. 44-45)

1. ความเกี่ยวพันกันภายในเครือข่าย ในเครือข่ายทางสังคมที่มีความเกี่ยวพันกันสูงจะมีหลายช่องทางที่ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อมูลข่าวสาร สามารถผ่านเข้าถึงบุคคลต่างๆ ได้ภายในเครือข่ายลักษณะดังกล่าว ความคิดเห็นและการกระทำของบุคคลต่างๆ จะมีความคล้ายคลึงกันสูงในกลุ่มคนที่มีเครือข่ายทางสังคมแบบเหนียวแน่น (Closely-Knit) จะคล้ายคลึงกันตรงกันข้ามกับกลุ่มสังคมที่เครือข่ายทางสังคมแบบหลวม (Loosely-Knit) จะมีความผูกพันกันน้อย โดยที่ความสัมพันธ์ในเครือข่ายจะมีความเหนียวแน่นและการเข้าถึงต่ำ จะทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างกันลดน้อยลง อันทำให้เกิดความเห็นและการกระทำที่แตกต่างกันออกไป และบุคคลในกลุ่มมีอิทธิพลต่อกันและกันน้อยลง

2. จำนวนบุคคลในเครือข่าย เครือข่ายทางสังคมที่มีบุคคลเป็นจำนวนมาก มักมีความหลากหลายและแตกต่างกันทางสังคมสูง และจะมีความสัมพันธ์กับสังคมภายนอกเครือข่ายสังคมของตนสูงด้วย ส่วนเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีบุคคลเป็นจำนวนน้อยจะมีความหลากหลายหรือแตกต่างกันทางสังคมน้อย ดังนั้นจะมีความสัมพันธ์กับโลกภายนอกน้อยกว่าเครือข่ายทางสังคมที่มีบุคคลจำนวนมาก

ลักษณะเครือข่ายทั้งสองแบบนี้มีผลต่อลักษณะความเชื่อและการปฏิบัติตนของบุคคลในหลายๆ ด้าน เช่น ทางด้านสุขภาพอนามัย ลักษณะของเครือข่ายสังคมที่มีบุคคลเป็นจำนวนน้อยหรือมีเครือข่ายแบบคล้ายคลึงกันมักมีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยแบบพื้นบ้านสูง แม้ว่าบุคคลในเครือข่านั้นจะได้พบปะกับแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม ส่วนเครือข่ายสังคมแบบหลากหลายหรือมีบุคคลเป็นจำนวนมากนั้น เนื่องจากมีความเกี่ยวพันแบบหลวมๆ และมีกันพบปะสังคมนอกสูงย่อมทำให้มีความผูกพันกับสถาบันภายนอกสังคม เช่น สถาบันการแพทย์ การศึกษาสูงตามไปด้วย จะเปิดโอกาสให้ข้อมูลทางด้านสาธารณสุขใหม่ๆ ถ่ายทอดถึงบุคคลต่างๆ ภายในเครือข่ายได้ง่ายกว่า

3. ประเภทของบุคคลในเครือข่าย ความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรมของบุคคล มักมีอิทธิพลมาจากประเภทของบุคคลต่างๆ ในเครือข่าย เช่น ความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรม การ

แสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วยมักมีอิทธิพลมาจากประเภทของบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ด้วย รวมทั้งขึ้นอยู่กับระดับความอดทนหรือการรับรู้ต่ออาการและความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความต้องการด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นเมื่อบุคคลจะประเมินเกี่ยวกับอาการป่วยและความจำเป็นด้านการรักษา จึงขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลประเภทต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่าย

3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของอินทรีย์ (organism) หรือสิ่งมีชีวิต การกระทำที่นำรวมทั้งการกระทำที่เกิดขึ้นทั้งที่ผู้กระทำรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวในขณะที่กระทำ และการกระทำที่สังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ด้วยเช่นกัน พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) เช่น การกระทำที่ผู้อื่นมองเห็นหรือสังเกตได้ และพฤติกรรมภายใน (covert behavior) เช่น การกระทำที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น ความคิด ทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ เป็นต้น (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546, น. 30)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2540, น. 155) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ พฤติกรรมบางอย่างที่เป็นสิ่งที่เกิดภายในบุคคลสังเกตโดยตรงไม่ได้แต่จะสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบอกชอบใจ

จากความหมายของพฤติกรรมในการศึกษานี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมที่สังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ แต่หากวัดได้โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นมา

3.1 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

วาริ ระกิติ (2530, น. 696) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่าพฤติกรรมทั่วไป คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่แสดงออกภายนอกและที่อยู่ภายใน แต่พฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

สมจิต สุพรรณทัศน์ (2540, น. 99) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพกิจกรรมใด รวมทั้งปฏิกิริยาใดๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541, น. 17) ได้ให้ความหมายว่า การปฏิบัติการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างเหมาะสม

3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534, น. 155) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะ เป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมาในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการหรือแหล่งรักษาอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วยหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ผลดีต่อการป้องกันปัญหาสาธารณสุขในชุมชนและปัญหาของส่วนรวม
6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้

3.3 องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในแนวทางใดนั้น เป็นผลจากระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการมีสุขภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อาคาร องค์ความรู้ เทคโนโลยี รวมถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพนั่นเอง ดังนั้น การมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคคล จึงเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาของมัลลิกา มติโก (2530, น. 10-11) ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พบว่าปัจจุบันที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีดังนี้

1. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ของชุมชน ทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และแบบดั้งเดิม ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่ จะส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากในทุกสังคม และทุกวัฒนธรรมมีการถือปฏิบัติดูแลสุขภาพด้วยตนเองมาเนิ่นนานแล้ว

2. ความรู้ในระดับครอบครัว โดยลักษณะของครอบครัวไทยจะมีเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัว ยังผลให้เกิดเป็นแบบแผนประเพณี การปฏิบัติที่สืบทอดกันมา เช่น การดูแลในขณะป่วยจะต้องระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่แสดง การดูแลหลังคลอดด้วยการอยู่ไฟ การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น

3. ระบบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถานที่จำหน่ายยา ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในประเทศไทย เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการ ได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้ แม้ว่าการบริการของรัฐ จะครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบลก็ตาม ความสะดวกที่ได้รับกระทบกับการโฆษณาชวนเชื่อ และผลจากการลอกเลียนแบบ (Demonstration effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกให้บริการ ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเอง

4. แรงกดดัน ทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เช่น วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

5. มาตรการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยเฉพาะในปัจจุบัน ที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มาตรการใช้กฎหมาย และการ

คุ้มครองผู้บริโภคยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อการดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคาร ที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูล และการควบคุมมลภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

6. กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มผลประโยชน์ มีอิทธิพลสูงต่อการดูแลตนเองของประชาชนหากพิจารณาในเชิงพาณิชย์ โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถทำเงินจากการตื่นตัวด้วยสุขภาพ โดยที่ชาวบ้านยังขาดความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากเชิงธุรกิจ ส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อ และจัดซื้อหามารับประทาน โดยมีจุดประสงค์เพียงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและชะลอความชรา เป็นต้น ส่วนในด้านของวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริม หรือยับยั้งการดูแลตนเอง พร้อมกับส่งเสริมศักยภาพของประชาชน และชุมชนที่อยู่ให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้มากขึ้น ลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์ลง ทั้งนี้ ยังส่งผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนลง ทำให้เกิดการให้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น เป็นการให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง

7. เวลา ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลา เป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลาเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่ง ในขณะที่ต้นทุนของเวลา (time cost) มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม ก็ย่อมมีผลต่อสถานภาพทางสุขภาพของประชากรด้วย เช่น ภาวะเครียดเนื่องจากเร่งรีบ การจราจรติดขัด การบีบรัดทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ความจำกัดในด้านทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก เช่น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ เพื่อลดความวุ่นวายใจ เป็นต้นแต่ผลในเชิงลบที่เกิดขึ้น เช่น การใช้ยา หรืออาหารบำรุงเกิดความจำเป็น การใช้สารเสพติด ฯลฯ

3.4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่บุคคลมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง สามารถแก้ไข ปัญหาที่มีอยู่ได้นั้น เหมาะสมกับความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หวังผลในรางวัล หรือหลีกเลี่ยงการลงโทษ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำไป

พร้อมๆ กัน แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์, 2549, น. 30-31)

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ (Compliance) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ เพราะบุคคลนั้นถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลง จะถูกลงโทษ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพแบบนี้โดยที่บุคคลนั้นเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดี ตนเองต้องการเลียนแบบ โดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดขึ้นได้เนื่องจากบุคคลได้รับการยอมรับ และรู้สึกด้วยตนเองหรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตัวเอง ตรงกับแนวความคิดและค่านิยมตนเอง หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถแก้ไขปัญหาค้นเองได้

ในผู้ติดยาเสพติดนั้นส่วนหนึ่งจะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมักจะมีการใช้เข็มและอุปกรณ์ในการฉีดร่วมกันหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง มีเพศสัมพันธ์กับคนหลายคน โดยไม่ได้ป้องกันตัว หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถ้าคนเหล่านี้ได้รับการแนะนำให้เห็นถึงอันตรายและผลที่เกิดจากความเสี่ยง รวมทั้งได้รับคำแนะนำวิธีป้องกัน อาจเกิดความรู้และความตระหนักและเห็นว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและควรกระทำจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคคล เป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายด้านการบริการสาธารณสุขเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533, น. 36) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับ สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

Orem (รุจา ภูโพนุลย์, 2537, น. 148) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การดูแลตนเอง” หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

พวงทอง ป້องกัน (2540 อ้างถึงใน นอรอซี จันตุต, 2545, น. 46) ให้ความหมายว่า คือ การประพฤติปฏิบัติของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การปลูกฝี การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาการระบาดของโรค ตลอดจนการไปตรวจ กับแพทย์ และการไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534, น. 164) ที่ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง

3.6 ลักษณะของการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530, น. 8-13) กล่าวว่า การดูแลตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรม ดั้งเดิมของประชาชน ที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ ทางสังคม ตั้งแต่การ สังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การ เลือกรักษา และประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแลจะแตกต่างกันตาม วัฒนธรรมความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม การดูแลสุขภาพตนเองมี 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษา สุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยหลีกเลี่ยง อันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำสม่ำเสมอ

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำ โดยมุ่งเน้นที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับวัคซีนภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค

ระดับ 2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไป ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การนัดหญิงอาชีพพิเศษ มาตรวจเลือดทุก 3 เดือน ภายหลังจากตรวจพบเชื้อซิฟิลิส เพื่อเฝ้าระวังมิให้อาการรุนแรงมากขึ้น

ระดับ 3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายเพื่อต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้ป่วยอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care illness)

ความเจ็บป่วย (illness) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่า มีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การซื้อยามากินเอง และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งนักสังคมวิทยา และนักมนุษยวิทยาหลายท่าน ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยว่าควรมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน (Dean, 1986, pp. 275-285 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530, น. 13) กล่าวคือ

2.1 การดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายของสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (mutual aid or self help group)

โอเลม (Olem 1980 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533, น. 12-17) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท ตามภาวะสุขภาพ และระยะการพัฒนาการ คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเอง

เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสีย บิดา มารดา คู่ชีวิต หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปซึ่งปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือ หน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น จากโรค หรือการเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์

เชก ธนะศิริ (2530 อ้างถึงใน เทอดเกียรติ ขุนแก้ว, 2547, น. 13) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองโดยทั่วไป ดังนี้

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร การดูแลตนเองในเรื่องนี้เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ต้องมีการรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก ควรได้รับอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูง

2. การดูแลตนเองเกี่ยวกับน้ำ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะป้องกันท้องผูกและควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย

3. การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ ควรอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในที่แออัดมากเกินไป

4. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ไม่ควรกั้นปัสสาวะนานๆ เพราะจะทำให้เสียการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ส่วนการขับถ่ายอุจจาระนั้น จะรับรู้ต่อการกระตุ้นให้อุจจาระถ่ายอุจจาระลดลง ควรที่จะดื่มน้ำให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีกากเช่น ผัก ผลไม้ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

5. การมีกิจกรรมและการพักผ่อน จะทำให้มีความสุข รู้สึกมีคุณค่าและเกิดความเพลิดเพลิน

6. การป้องกันอันตรายต่อชีวิต ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

อภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542, น. 19-168) ได้ให้หลักปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี แข็งแรง ได้แก่ หลัก 5 อ. ดังนี้

1. อ. ออกกำลังกาย ทำให้รู้สึกว่าร่างกายกระปรี้กระเปร่า สุขภาพดีขึ้น มองโลกในแง่ดีขึ้น และมั่นใจตนเองมากขึ้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีหลักการคือ (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542, น. 19-20)

- ต้องออกกำลังกายที่ทุกส่วนของร่างกายได้เคลื่อนไหว ยืดหด ไม่ใช่ว่าอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งมากเกินไป

- ต้องค่อยเป็นค่อยไปแล้วจึงค่อยเพิ่มปริมาณทีละน้อย เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น และเพิ่มความยากขึ้นตามลำดับ จนกว่าร่างกายอยู่ตัว ออกกำลังกายติดต่อกันได้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น แต่ระวังอย่าให้เกินกำลังของตน

- จะต้องออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ถ้าทำมากกว่านั้นในสัปดาห์หยุดสัก 1 วัน

- ในขณะที่ออกกำลังกายอยู่ ห้ามคิดเรื่องการทำงาน ควรปล่อยจิตให้ว่างเฉยๆ

- การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่มีการจำกัดอายุ เพศและเวลา แต่ถ้าเป็นเวลาเช้าดีกว่า เพราะจะได้รับอากาศบริสุทธิ์ดีกว่าและได้แสงแดดตอนเช้า ห้ามออกกำลังกายหลังอาหารน้อยกว่า 4 ชั่วโมง

2. อ. อากาศ อากาศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ ที่อยู่อาศัย ที่หลับนอน ก็ต้องจัดให้มีอากาศสำหรับหายใจ โดยให้มีที่โล่งบ้าง ห้องนอนไม่ควรอยู่ในที่อับ ต้องมีอากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดผ่านเข้าไปได้ ที่อยู่อาศัยควรสะอาด (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542, น. 60-61)

3. อ. อารมณ์ หรือความรู้สึก เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก ถ้าอารมณ์เสียขุ่นมัวก็ทำให้สุขภาพทรุดโทรม ถ้าอารมณ์แจ่มใสก็สุขภาพสมบูรณ์ดี บุคคลใดมีอารมณ์สดใส อารมณ์หนึ่งอารมณ์ดี เยือกเย็นสุขุม ผู้นั้นจะมีหน้าที่สดใส แต่ถ้าผู้มีอารมณ์ มีความเครียดเป็นนิสัยแล้ว หน้าก็จะอ (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542, น. 72-73)

4. อ. อาหาร ซึ่งต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีหลักการบริโภคที่ดี ได้แก่ (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542, น. 126-127)

- กินอาหารธรรมชาติเท่าที่จะเป็นไปได้

- กินอาหารที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท

- กินอาหารที่มีเส้นใย ผลไม้และผักสด

- กินอาหารเนื้อสัตว์น้อยที่สุดหรือไม่กินเลย (ถ้ากินเนื้อสัตว์ ควรกินโยเกิร์ตหลังมื้อเพื่อช่วยในการย่อย)

- เน้นอาหารสด 50% ของอาหารที่กินทั้งหมด เพราะมีวิตามิน แร่ธาตุ และเอนไซม์ สำหรับการย่อยอาหาร

- เส้นผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เพราะถั่วเหลืองประกอบด้วยโปรตีนจากพืช และไฟโตอีสโตรเจน ซึ่งลดการแปรปรวนต่างๆ

- ถ้ากินผลิตภัณฑ์นม ให้เลือกกินนมที่แน่ใจในแหล่งผลิต หรือกินโยเกิร์ตธรรมชาติ มากกว่านมหรือเนยแข็งที่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรเซชัน ซึ่งจะทำลายฮอโมนและเอนไซม์ที่ช่วยดูดซึมแคลเซียมและเหล็กเลี้ยงนมที่ผ่านกระบวนการโฮโมจีไนเซชัน จะมีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า

- ระวังอาหารที่มีไขมัน งดไขมันจากสัตว์ หลีกเลี่ยงไขมันที่ผ่านกระบวนการที่ใช้ความร้อนสูง เพราะเกิดอนุมูลอิสระ

- หลีกเลี่ยงอาหารสังเคราะห์ หรืออาหารที่ผลิตจากแป้งขาว น้ำตาลทรายขาว

- พยายามดื่มน้ำ 15 นาที ก่อนอาหาร ระหว่างอาหาร และหลังอาหาร 1 ชั่วโมง การดื่มน้ำมากเกินไปจะลดประสิทธิภาพการย่อยอาหาร

5. อ. อัจจาระ การขยับถ่ายที่สำคัญ คือ การขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ถ้าการขยับถ่ายไม่สะดวก สุขภาพจะทรุดโทรม ปัญหาสำคัญของการขยับถ่ายคือท้องผูก ซึ่งเกิดจาก (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542, น. 167-168)

- รับประทานอาหารที่มีกากปริมาณน้อยเกินไป เช่น ผัก ผลไม้

- ดื่มน้ำน้อย

- การกินยาถ่ายหรือสวน ซึ่งฤทธิ์ของยาจะไปกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้ลำไส้ขาดความตึงตัวในการบีบตัวตามปกติ การเคลื่นของอุจจาระช้า เกิดการรวมตัวเป็นก้อนแข็งและถ่ายยากจนไม่สามารถถ่ายเองได้ตามปกติ

- ความเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า ทำให้เบื่ออาหารรับประทานไม่ได้ เกิดอาการท้องผูก

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533, น. 35) ได้ประมวลแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากวิชาการสาขาต่างๆ สรุปได้ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการประชากรที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพการป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลัง

การเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพ ขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุด หรือนัยหนึ่งคือ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่ให้ โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง ของประชากร อย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาพ ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเอง ถือเป็นระบบหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

3.7 หลักการการดูแลสุขภาพ

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2533, น. 100-105) ได้เสนอว่า การดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับภาระกิจการยกระดับสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาควร จะประกอบด้วยหลักการสำคัญ 4 ประเด็น คือ

1. การมีส่วนร่วม (Participation) คือ การที่บทบาทหลักคตินของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขอยู่ที่การให้ข้อมูล-ข่าวสาร และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคล ครอบคลุม ทำการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-decision) และจัดการด้วยตนเอง (Self-management) อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทรรศนะระบบสาธารณสุข คือ ความสัมพันธ์ที่ต้องสนับสนุนกับระหว่างระบบสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบคลุม ผู้ใกล้ชิด และกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ให้การรักษาต้องมีการสาธารณสุข และสถานบริการสาธารณสุข และสถานบริการส่งต่อ (referral facilities) อย่างพอเพียง สำหรับประชาชนที่ภายหลังจากการดูแลสุขภาพตนเองแล้วไม่สำเร็จ ก็สามารถเข้าถึงบริการได้

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพึ่งตนเอง ในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ในรูปแบบของความทันสมัยทางวัตถุ ภูมิปัญญาท้องถิ่น กำลังถูกละเลย ทั้งกว้างทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา ทำให้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านลดลง ต้องพึ่งพาทายนอกที่ตนควบคุมไม่ได้หรือรู้ไม่เท่ากัน ต้องประสบกับปัญหาการใช้จ่ายเกินความ จำเป็นปัญหาเรื่องราคา และคุณภาพ จนถึงปัญหาการหลอกลวงให้ใช้จ่ายอันตราย ฯลฯ จึง

จำเป็นต้องรื้อฟื้นภูมิปัญญาทางการแพทย์ของสังคม ข้อเท็จจริงที่ว่าระบบการแพทย์มีหลายระบบ ดำรงอยู่ด้วยกัน หรือที่เรียกว่า ระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Pluralistic Medical, System) สมควรยอมรับกันได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ถ้ามีการรักษาแบบแผนโบราณ และสมุนไพรจะช่วยเพิ่มพูนการพึ่งพิงตนเอง สร้างความมั่นใจและภาคภูมิใจแก่มวลชนท้องถิ่นในทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่น

4. ระดับและรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง มีดังนี้

4.1 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในบริบทโครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรมซึ่งนักวิชาชีพสาธารณสุขช่วยเสริม (Supplement) โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลสุขภาพ

4.2 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Secondary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะทำกิจกรรม หรือโครงการที่มุ่งให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และคนอื่น ๆ ที่มาจากโรงพยาบาล

จึงสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล โดยการปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอดจนส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเรื่องของการกินอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การขับถ่าย อากาศ และการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับ สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ การดูแลตนเองจึงหมายถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพปกติและขณะเจ็บป่วยด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรค และสิ่งอันตรายต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพของตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว

3.8 พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นเรื่องที่กล่าวกันมากในด้านสาธารณสุข ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของคำว่า “พฤติกรรมการป้องกันโรค” ไว้ดังนี้ คือ

อุบล เลี้ยววาริน (2534, น. 31) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงเป็นพฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อันได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างๆ การรักษาสุขภาพฟัน การรับการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2540, น. 154) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

3.9 ระดับของการป้องกันโรค

Mandle (1994 อ้างถึงใน <http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c3t2.html>, 2550) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การขจัดภัยซึ่งพัฒนาการของโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อจัดความก้าวหน้าของโรคในทุกระยะ โดยกำหนดการป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันโรคระดับแรก (Primary prevention) หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปรวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ได้แก่ การให้สุขศึกษา การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การพัฒนาบุคลิกภาพ การทำงาน การพักผ่อน และนันทนาการอย่างเหมาะสม การได้รับคำปรึกษากับการแต่งงานและเรื่องเพศ การคัดกรองพันธุกรรม การตรวจสุขภาพ

2. การป้องกันโรคระดับที่สอง (Secondary prevention) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันที่ที่ความรุนแรงของโรคที่เป็นมีระยะเวลาสั้นสามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว

3. การป้องกันโรคระดับที่สาม (Tertiary prevention) เป็นระดับที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่จะต้องป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์ จุดประสงค์คือให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า

การป้องกันโรค มีหลักการที่สำคัญ คือการป้องกันโรคด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่างของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองและคนอื่น ๆ เกิดเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคขึ้น รวมทั้งการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนด้วย สิ่งที่สำคัญที่สุดในประเด็นนี้คือ การเสริมสร้างสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งการป้องกันโรคในระดับบุคคล มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ (<http://www.kr.ac.th/ebook2/peera/01.html>, 2550)

1. การดูแลรักษาสุขภาพให้สุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่ คุณประโยชน์อย่างเพียงพอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และลดการสูบบุหรี่
2. ล้างมือด้วยสบู่และทำให้สะอาดอยู่เสมอ และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหาร ร่วมกับผู้อื่น
3. หลีกเลี่ยงการเดินทางในประเทศ หรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค
4. ถ้าจำเป็นต้องเดินทางในประเทศหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เมื่อกลับมากจะต้องผ่าน กระบวนการตรวจคัดกรอง

3.10 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

จากแนวคิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคนำมาสู่แนวทางของพฤติกรรมกำบังกำบังการ ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับบุคคลทั่วไป สามารถกระทำดังนี้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์; บรรจง คำหอมกุล และ เอนก หิรัญรักษ์, 2532, น. 16)

1. อย่าให้เลือด น้ำอสุจิ น้ำปัสสาวะ น้ำหลังในช่องคลอดหรืออุจจาระของผู้มีเชื้อเอชไอวี ผ่านเข้าไปในปาก ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อเมือก หรือเยื่อบุตา
2. ซื่อสัตย์ต่อสามี ภรรยา หลีกเลี่ยงหรือลดจำนวนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น คนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักหรือชาวต่างชาติ หญิงบริการ ชายบริการ หรือบุคคลผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ติดยาเสพติดและผู้มีนิสัยชอบเที่ยวตามสถานเริงรมย์ เป็นต้น
3. ถึงแม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ จะช่วยป้องกันโรคเอชไอวีได้แต่ก็ไม่ สามารถป้องกันได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของถุงยางอนามัย การเลือกถุงยาง อนามัยควรเป็นถุงยางที่บรรจุอย่างดี ในกล่องมีวัน เดือน ปี ที่ผลิตให้เห็นชัดเจน และได้ผ่านการ ทดสอบมาตรฐานต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง
4. หลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเพศสัมพันธ์บางอย่าง เช่น การร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผิวหนังทวารหนักบางและอ่อนแอ ฉีกขาดได้ง่าย โอกาสรับเชื้อมีมากถ้าเกิดการฉีกขาด หลีกเลี่ยงการใช้ปากกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่นอน เพราะเชื้ออาจผ่านจากน้ำอสุจิหรือน้ำใน ช่องคลอดเข้าสู่แผล หรือรอยถลอก หรือเยื่อเมือกในปากได้ หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์การร่วมเพศ ร่วมกัน
5. อย่าทดลองยาเสพติด ถ้าติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด หลีกเลี่ยงการใช้เข็ม หรือกระบอกฉีดยาหรือภาชนะแบ่งยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น

6. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ถูกทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการสักผิวหนัง และเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น

7. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดของผู้มีเชื้อเอชไอวี เช่น กรรไกร ตัดเล็บ มีดโกน แปรงสีฟัน หรือของมีคมอื่นๆ เป็นต้น

8. หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์โดยเด็ดขาด เพราะการตั้งครรภ์อาจจะเป็นอันตรายต่อทั้งตัวแม่และเด็กในครรภ์

9. งดเว้นการฉีดยาโดยไม่จำเป็น ถ้าเกิดการเจ็บป่วยควรรับบริการรักษาในสถานบริการของรัฐหรือของเอกชนที่ถูกกฎหมาย งดเว้นการฉีดยากันเองหรือการฉีดยาโดยหมอเถื่อน

สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ถ้าผู้ป่วยติดยาเสพติดชนิดฉีด เช่น เฮโรอีน ยาบ้า หรือยาากล่อมประสาท ควรปฏิบัติดังนี้

1.1 เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด

1.2 ถ้ายังเสพยาเสพติดอยู่ไม่ควรใช้เข็มและอุปกรณ์การฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หรือเปลี่ยนวิธีการเสพยาจากฉีดมาเป็นสูบแทน

1.3 ทำความสะอาดเข็ม และอุปกรณ์ฉีดยาให้ปราศจากเชื้อโรค อาจใช้วิธีการต้มหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ก่อนใช้อุปกรณ์การฉีดทุกครั้งต้องต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที หรือแช่ในแอลกอฮอล์ 70% หรือแช่ด้วยน้ำยา Clorox อัตรา 1:9 นาน 5 นาที

1.4 ควรไปรับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

2. ป้องกันการสัมผัสทางเพศของผู้เสพยาเสพติด และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยง โดยให้ถุงยางที่มีคุณภาพและใช้อย่างถูกวิธี

3. งดเว้นการใช้สิ่งของส่วนตัวหรือของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน อุปกรณ์การสัก เป็นต้น

จากแนวคิดของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ผู้ศึกษาขอสรุปดังนี้คือหมายถึงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดในการที่การกระทำหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่างของตนเอง เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางการใช้ยาเสพติดโดยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ไม่ใช้เข็มและอุปกรณ์การฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ทำความสะอาดเข็ม และอุปกรณ์ฉีดยาด้วยน้ำยาล้าง

เข็ม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ส่นทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยง โดย
ใช้ถุงยางที่มีคุณภาพและใช้อย่างถูกวิธี และการไม่ใช้ของมีคมร่วมกัน

4. ความรู้เรื่องโรคเอดส์

4.1 ความหมายของโรคเอดส์

ความหมาย คำว่า “เอดส์” ซึ่งเป็นคำเรียกทับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “AIDS” ซึ่งย่อมาจากภาษาอังกฤษว่า Acquired Immuno - Deficiency Syndrome โดยคำว่า “Acquired” หมายถึงภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบสายเลือดทางพันธุกรรม “Immuno” หมายถึงเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย “Deficiency” หมายถึงความบกพร่อง การขาด หรือเสื่อมไป “Syndrome” หมายถึง กลุ่มอาการ คือโรคที่มีอาการหลายๆ อย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง จึงเรียกว่าเป็น “กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง” (สถาพร มานัสสถิตย์, 2538, น. 1)

โรคเอดส์ สามารถกล่าวโดยสั้นๆ คือ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เมื่อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่งซึ่งอาจกินเวลานานหลายปีโดยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ต่อมาไวรัสจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนสามารถทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสียไปเรื่อยๆ ในที่สุดร่างกายจะไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคใดๆ ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่นๆ แทรกซ้อนเข้ามาได้ง่ายและปรากฏเป็นโรคเอดส์ขึ้น นอกจากนี้ในบางรายยังอาจเกิดเป็นมะเร็งบางชนิดๆ ได้ ผลสุดท้ายคนไข้จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก โดยที่ในขณะนี้ยังไม่มียาใดๆ ที่จะสามารถรักษาให้หายขาด และไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้ด้วย

4.2 การแพร่ของโรคเอดส์

การแพร่ของโรคเอดส์นั้นพบว่าโอกาสที่จะแพร่โรคนี้ได้ 3 ทาง คือ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533, น. 5)

1. ทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์โดยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสำส่อน หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ หญิง/ชายขายบริการ คู่นอนของผู้ติดเชื้อเอดส์ โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัย

หลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และรูปแบบของเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2. การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด การรับเชื้อทางเส้นเลือดเป็นวิธีการแพร่โรคที่ได้ผลที่สุด โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือด การแพร่โรคทางเลือดพบได้ 3 กรณีคือ การรับเลือดขณะทำการผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ และการรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อหรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

3. การแพร่จากมารดาสู่ทารก โอกาสแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ 20-50% และจากการศึกษาในประเทศต่างๆ ที่ผ่านมาไม่ปรากฏว่าโรคเอดส์แพร่ทางอื่นๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การอยู่ร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การใช้ภาชนะร่วมกัน ก็ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

4.3 ระยะฟักตัวของโรคเอดส์

ระยะฟักตัว หมายถึงระยะตั้งแต่เชื้อไวรัสเริ่มเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการ โดยทั่วไปเมื่อได้รับเชื้อมาแล้วจะยังไม่ปรากฏอาการจนกว่าจะเข้าสู่ระยะที่ 2 หรือที่ 3 ที่เรียกว่า ระยะ ARC และ AIDS ดังนั้นระยะฟักตัวจึงอาจหมายถึงระยะตั้งแต่ได้รับเชื้อจนเป็นระยะ ARC แต่คนทั่วไปจะหมายถึงระยะตั้งแต่เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์โดยตรง (ระยะ AIDS)

ระยะฟักตัวโดยทั่วไปเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี คือบางคนอาจจะใช้เวลา 2-3 ปี ก็ปรากฏอาการ แต่บางคนก็อาจจะใช้เวลานานถึง 15 ปีหรือนานกว่านั้นก็ได้ (โดยทั่วไปเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี แต่จากการศึกษาในระยะหลังมีรายงานว่าระยะฟักตัวเฉลี่ยอาจนานถึง 10 ปีก็ได้)

ระยะฟักตัวที่สั้นที่สุดที่จะเป็นไปได้ในผู้ใหญ่โดยทั่วไปคือ 1-2 ปี แต่สำหรับในเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีเชื้อเอดส์ ระยะฟักตัวที่สั้นที่สุดอาจเป็นเพียง 6 เดือนก็ได้ (สถาพร มานัสสฤติย์, 2538, น. 99)

4.4 ลักษณะอาการและระยะของโรคเอดส์

ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์สามารถแบ่งได้ตามลักษณะอาการของโรคเอดส์ เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (สถาพร มานัสสฤติย์, 2538, น. 97-99)

1. ระยะที่ 1 : ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage or Carrier stage) หรือเรียกว่า ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ คนไข้จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เลย ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการ (แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่นๆ เช่น เป็นไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน) บางคนอาจอยู่ในระยะนี้ไป 2-3 ปี ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะต่อไป แต่บางคนก็อาจจะไม่มีอาการอยู่นานถึง 10-15 ปีหรือนานกว่านั้นก็ได้ (เฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี) คนไข้ทุกรายที่อยู่ในระยะนี้แม้จะไม่มีอาการแต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นๆ ได้

2. ระยะที่ 2 : ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex or ARC) ระยะนี้นอกจากผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกแล้ว ยังต้องมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้ปรากฏให้เห็นด้วย เช่น

- ต่อม้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเวลานานกว่า 3 เดือน
- น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน)
- อุจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ (Oral candidiasis, Hairy leukoplakia)
- มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม (Herpes simplex), เป็น

งูสวัดที่ผิวหนัง เป็นวัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis) เป็นต้น

ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่นานหลายเดือนหรือเป็นปี แล้วต่อมาคนไข้เกือบทั้งหมดจะเปลี่ยนกลายเป็นระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป (นักวิชาการบางท่านอาจจะรวมระยะต่อม้ำเหลืองโต (PGL) ไว้ในระยะนี้ด้วย แต่เนื่องจากเมื่อมีการศึกษาถึงการดำเนินโรคของระยะนี้ดีขึ้น ก็พบว่าพวกที่มีต่อม้ำเหลืองโต (PGL) นี้มีการดำเนินโรคคล้ายคลึงกับพวกที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic) มากกว่า หลายคนจึงไม่นับเอาพวก PGL ไว้ในระยะนี้)

3. ระยะที่ 3 : ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) หรือเรียกว่า ระยะ “โรคเอดส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมาก จนถึงจุดวิกฤตซึ่งร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อชนิดอื่นๆ แม้แต่เชื้อที่ตาปกติไม่สามารถทำอันตรายคนปกติได้ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเหลือน้อยหรือเกือบหมดไป ทำให้มีการติดเชื้อโรคที่ตามปกติจะไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด อาการแสดงที่จะพบจึงเป็นได้หลายแบบสารพัดทุกระบบของร่างกาย แล้วแต่ที่จะเป็นการติดเชื้อในระบบใด เช่น ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ

Pneumocystis carinii ก็จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราของทางเดินอาหารก็จะมีอาการ เจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* ก็จะมีอาการไข้ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง หรือถ้าเป็นโรคเอดส์ของระบบประสาทโดยตรงก็จะมีอาการความจำเสื่อม สติฟั่นเฟือน ซึมเศร้า สมองเสื่อม แขนขาชาหรืออ่อนแรง ชักกระตุก เป็นต้น บางรายอาจมีมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด หรือ Kaposi's sarcoma โดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำๆ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) พบเป็นก้อนโตตามที่ต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้ว ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก โดยทั่วไปจะมีชีวิตอยู่ได้อีกเพียง 1-2 ปีโดยเฉลี่ย

4.5 แนวทางการรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในขณะนี้จึงมีแนวทางดำเนินการหลายๆ อย่างโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, สำนักระบาดวิทยา, 2547, น. 1-2)

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งฉวยโอกาส สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย ได้แก่ ไข้เรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต อาการทางระบบทางเดินหายใจ (ไอ หอบเหนื่อย) อาการทางระบบประสาท (ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ชัก) ปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง ตับโต ม้ามโต ปัสสาวะแสบขัด ปวดบั้นเอว กลืนเจ็บ หรือการติดเชื้อหรือมีตุ่มตามผิวหนัง เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, สำนักระบาดวิทยา, 2547, น. 9)

2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (Antiviral therapy) ยาที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ ยา Zidovudine (ZDV) หรือชื่อเดิม Azidothymidine (AZT), d4T, 3TC เป็นต้น

ปัจจุบันมีสูตรยาด้านไวรัสเอชไอวี 3 สูตร ที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ แต่ละสูตรก็จะมียาหลายชนิด แต่การได้เริ่มรับยาด้านไวรัสจะต้องมีเกณฑ์ คือ มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) น้อยกว่า 200 cell/mm^3 ไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสมาก่อน ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2547, น. 75)

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในบรรดาทั้งหมดของการดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อใช้ยาด้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมและถูกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็พบว่า

หลังจากที่รักษาผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยยาต้านไวรัสสักกระยะหนึ่งจะพบกับความล้มเหลวในการรักษา การให้ยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดและหลีกเลี่ยงการเกิดความล้มเหลวในการรักษา จะต้องมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและถูกวิธีตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการรักษา (สมนึก สังฆานุภาพ, 2547, น. 45)

3. การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย วิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่กำลังศึกษากัน อยู่ในปัจจุบันได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก และถ่ายเม็ดเลือดขาว การใช้ Transfer factor และการใช้ยาเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immune modulators)

4. การรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม และการช่วยเหลือด้วยวิธีสังคมสงเคราะห์

แนวทางการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยตนเอง ได้แก่ ให้ผู้ติดเชื้อได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับคนที่เขาเห็นว่าสามารถช่วยเหลือ และรักษาความลับได้ หรือพยายามหาวิธีคลายความกังวลโดยการศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง การทำสมาธิ หรือการสวดมนต์ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาคมหรือชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ หากยังสามารถทำงานได้ควรวางแผนเก็บออมเงินสะสมไว้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเวลาเจ็บป่วยหรือไม่สามารถทำงานได้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, สำนักระบาดวิทยา, 2547, น. 44-48)

4.6 ความสัมพันธ์ของโรคเอดส์กับการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

สำหรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยในระยะเริ่มต้น พบว่ามีการแพร่กระจายอย่างมากในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ด้วยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน จนปัจจุบันแม้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะเป็นการติดต่อโดยทางเพศสัมพันธ์ แต่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นยังเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างสูง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นอยู่เป็นจำนวนมากนับหมื่นหลายและอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นก็ยังคงอยู่ในระดับสูงมาโดยตลอด (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น.46) ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด การแลกเปลี่ยนเข็มเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นและวิธีการในการทำความสะอาดเข็มนั้นมักไม่ดีพอในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือด (BBVs) โดยเฉพาะโรคเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้น้ำเย็นในการทำความสะอาดเข็มและหลอดฉีดยา มีบ้างที่ใช้น้ำต้มหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 21)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการแพร่เชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเสฟติดคือ การใช้อุปกรณ์การฉีดร่วมกัน ดังนั้นการที่ทำให้การฉีดเสฟติดในแต่ละครั้งมีการใช้อุปกรณ์ที่สะอาดและมีการเตรียมยาโดยไม่ปนเปื้อนเชื้อก็แน่ใจได้ว่าจะไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี การเพิ่มอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ที่มีเหตุผลแตกต่างกันในการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน กลยุทธ์ที่ได้ผลในระยะยาวขึ้นอยู่กับความเข้าใจและเหตุผลของผู้ใช้ยาเสฟติดว่าทำไมจึงใช้อุปกรณ์ติดตัวเป็น 2 เหตุผลสำคัญที่พบบ่อย เหตุผลอื่นอาจเป็นเพราะไม่ทราบถึงอันตราย ไม่ทราบวิธีป้องกันการติดเชื้อ หรือเพราะว่าเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของกลุ่ม รวมทั้งอาจเนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันด้วย (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 83) เหตุผลที่มีการใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกันมีหลายประการ อาจเพราะอุปกรณ์หายากหรือมีราคาแพง กฎหมายไม่เอื้ออำนวยให้มีอุปกรณ์ของตนเอง หรือเพราะวัฒนธรรมการใช้ยาเสฟติดในกลุ่มเดียวกัน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะพยายามเพิ่มให้มีอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด และให้ผู้ติดเชื้อเสฟติดเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งตามปกติแล้วจะลดการแพร่เชื้อเอชไอวีได้ แต่ก็ยังไม่พอเพียงที่จะควบคุมการแพร่กระจายของเอชไอวีในกลุ่มนี้ได้ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 53) นอกจากนี้ยังควรสนับสนุนให้มีการฆ่าเชื้ออุปกรณ์การฉีดยาก่อนที่จะใช้ซ้ำ อาจเป็นวิธีการที่ยอมรับได้ในพื้นที่ที่โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยายังไม่เป็นที่ยอมรับ เช่น ในเรือนจำ ก็คือยังไม่มีสารเคมีตัวใด รวมทั้งน้ำยาฟอกผ้าขาวที่ฆ่าเชื้ออย่างได้ผลเต็มที่โดยเฉพาะในที่ที่มีการฉีดเสฟติดในพื้นที่ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อจึงเป็นทางเลือกที่สองหากการจัดหาอุปกรณ์การฉีดที่สะอาดไม่สามารถทำได้ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 85)

5. ความรู้เรื่องยาเสฟติด

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามของสิ่งเสฟติดให้โทษคือ สารหรือยาที่รับเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดมติดต่อกันช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับในลักษณะดังนี้

1. มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยาหรือสารนั้นต่อไปอีก โดยไม่สามารถหยุดเสฟได้
2. จะต้องเพิ่มปริมาณการเสพยาหรือสารนั้นมากขึ้นไปเรื่อยๆ
3. เมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการขาดยา
4. เมื่อเสพยาหรือสารนั้นเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การติดสิ่งเสพติดให้โทษ (Addiction) แตกต่างจากการติดเป็นนิสัย (Habitual) ซึ่งหมายความว่าถึงสารใดๆ ก็ตามที้นำมาเสพแล้วทำให้เกิดการเสพติดขึ้น เนื่องจากความเชื่อมั่นหรือความเคยชินของผู้เสพเอง โดยสารนั้นไม่มีฤทธิ์ทำให้ติด เช่น ยาตม หมาก ยานัตถุ ยาถ่าย เป็นต้น (ปกรณ ศิริยงค์, 2544, น. 70)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้ให้ความหมายว่า ยาเสพติดหมายถึง สารหรือยาที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือรับเข้าไปในร่างกายซ้ำกันแล้วไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ เป็นช่วงระยะๆ หรือนานติดต่อกันก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นตกอยู่ในอำนาจหรือเป็นทาสของสิ่งนั้นทางด้านร่างกายและจิตใจ (โกศล วงศ์สวรรค์ และ สถิต วงศ์สวรรค์, 2543, น. 168)

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ให้ความหมายยาเสพติดว่าเป็นสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะสำคัญเช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา แสดงอาการอยากยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปจะทรุดโทรม กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็น หรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย (โกศล วงศ์สวรรค์ และ สถิต วงศ์สวรรค์, 2543, น. 168-169)

5.1 ประเภทของยาเสพติด

ในปัจจุบันยาเสพติดมีมากกว่าร้อยชนิด สามารถจัดหมวดหมู่เป็นประเภทต่างๆ นอกจากแบ่งตามการออกฤทธิ์แล้ว ได้ดังนี้

1. แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2545, น. 17-19)

- 1.1 ยาเสพติดประเภทกดประสาท เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน ยานอนหลับและยาระงับประสาทต่างๆ ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการเสพติดสูงมาก ทำให้ติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ แพทย์ใช้เป็นยารักษาอาการเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง เช่น ระวังอาการปวดภายหลังการผ่าตัด หรือการเจ็บปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งขั้นสุดท้าย ยาเสพติดประเภทกดประสาทจะออกฤทธิ์ต่อระบบ

ประสาทส่วนกลาง ในส่วนที่ควบคุมความรู้สึก ทำให้หายเจ็บปวด มีคนนำยาในกลุ่มนี้ไปใช้ในทางที่ผิดคือใช้เพื่อให้เกิดการเสพติดโดยใช้ปริมาณมากเกินไปกว่าปริมาณในการรักษาโรค ฤทธิ์ของยากดระบบประสาทส่วนสมองอย่างรุนแรงจนทำให้สมองมีน้ำ ความคิดความอ่านช้าลง อาจทำให้เป็นคนปัญญาอ่อนได้ นอกจากนี้ฤทธิ์ของยายังกดระบบการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ภายในร่างกายด้วย เช่น กดศูนย์หายใจ ทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง หายใจช้า และถ้าใช้ยาเสพติดประเภทนี้ในปริมาณมาก ยาจะเพิ่มฤทธิ์ในการกดระบบประสาทส่วนสมองมากขึ้น กดศูนย์หายใจมากขึ้น จนทำให้หายใจติดขัด ทำให้ผู้เสพเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีการฉีดอาจติดโรคร้ายแรงจากเข็มฉีดยา

นอกจากนี้ยังมีสารชนิดหนึ่ง ซึ่งออกฤทธิ์ในทางกดประสาทเช่นเดียวกัน สารชนิดนี้คือ “สารระเหย” ได้แก่ น้ำมันเบนซิน ทินเนอร์ กาว ยาล้างเล็บ น้ำมันผสมสี แล็กเกอร์ สีกระป๋องสำหรับพ่น น้ำมันก๊าด เป็นต้น สารเหล่านี้เป็นสารที่ใช้ประโยชน์ในวงการอุตสาหกรรมเพื่อใช้เป็นตัวทำละลาย แต่มีผู้นำมาใช้ในทางที่ผิด คือใช้สูดดมเพื่อให้เกิดความมึนเมา เมื่อสารระเหยเข้าสู่ร่างกายจะกระจายไปในเนื้อเยื่อของเหลวทุกแห่งในร่างกาย สูระบบประสาทส่วนกลาง และจะไปออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนสมอง พิษของสารระเหยที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้สารระเหยอย่างจงใจให้เกิดความมึนเมา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. พิษระยะเฉียบพลัน จะมีอาการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของสารระเหย และปริมาณที่เสพ อาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดคือ แน่นหน้าอก จมูกบวม ตาพร่า ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ถ้าเสพในปริมาณสูงเกินขนาด ฤทธิ์ของสารระเหยจะกดการหายใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจทำให้หัวใจวายตายได้

2. พิษระยะเรื้อรัง เมื่อสูดดมสารระเหยไปนานๆ พิษของสารระเหยจะทำลายระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ระบบประสาทสมอง กดสมองทำให้สมองพิการ ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้า ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ ทำลายระบบทางเดินหายใจ ทำให้หลอดลมอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ มีเลือดออกทางหู ทำลายระบบโลหิต ไชกระดูกหยุดสร้างเม็ดโลหิตทำให้เกิดมะเร็งในเม็ดโลหิตขาว นอกจากนี้ยังทำลายระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำให้เกิดความบกพร่อง เกิดความพิการถาวรต่ออวัยวะภายในร่างกายจนไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นเหมือนเดิมได้

1.2 ยาเสพติดประเภทกระตุ้นระบบประสาท เช่น ยาบ้า กระต๋อม โคเคน ยาอี (อีเฟดรีน) และยาอี (เอ็กซ์ตาซี) ยาในกลุ่มนี้แพทย์ใช้ในการบำบัดรักษาโรคจิตประสาทประเภทที่มีอาการซึ่มเศร้า ว่างหัว ฤทธิ์ของยากระตุ้นประสาททำให้ตื่นตัว ไม่หิว ไม่ง่วง จึงมีคนนำยาในกลุ่ม

นี้ไปใช้ในทางที่ผิด คือใช้เป็นยาลดความอ้วน ใช้เพื่อให้งานได้มากและนาน ถ้าใช้ไปนานๆ จะเกิดอาการดื้อยาและจะต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายมาก เพราะฤทธิ์ของยาที่กระตุ้นประสาทส่วนสมองจะทำให้ประสาทตื่นตัว มีความกระปรี้กระเปร่าชั่วคราวหนึ่ง แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้ว จะมีอาการหดหู่ซึมเศร้า และอ่อนเพลียอย่างหนัก เพราะร่างกายถูกฝืนให้ทำงานหนักจนเกินกำลังและขาดการพักผ่อน ถ้าใช้ยาในปริมาณมากๆ และนานๆ จะทำให้ร่างกายและสมองมีความเครียด และเสื่อมโทรมลง มีอาการเสื่อมทางจิตใจ จนอาจกลายเป็นโรคจิตคลุ้มคลั่งได้

1.3 ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี เมสคาลิน เห็ดขี้ควาย ยาประเภทนี้จะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนสัมผัสทั้ง 5 ฤทธิ์ของยาจะไปปิดเบี่ยงทำให้การมองเห็น การได้ยิน การชิมรส การสัมผัส และการดมกลิ่นเปลี่ยนแปลงไปจากที่เป็นจริง เห็นภาพลวงตา เป็นจินตนาการที่มีทั้งที่ดี สวยงามและน่ากลัว จนไม่สามารถควบคุมได้ และถ้าฤทธิ์หลอนประสาทเกิดขึ้นมากๆ จะทำให้ผู้เสพกลายเป็นคนบ้าได้ในที่สุด

1.4 ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา ยาเสพติดประเภทนี้จะออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้น กด และหลอนประสาท โดยจะเริ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้สมองตื่นตัวมีอาการกระปรี้กระเปร่า หัวใจเต้นเร็ว แล้วจะออกฤทธิ์กดประสาทสมอง ทำให้สมองมึนชา ความคิดอ่านช้าลง กดศูนย์หายใจ ทำให้หัวใจเต้นช้า หายใจช้า จากนั้นจะออกฤทธิ์หลอนประสาท เพื่อฝืนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ยาเสพติดประเภทนี้มีอันตรายมาก เพราะลักษณะของการออกฤทธิ์จะทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายต้องทำงานหนัก โดยเฉพาะระบบประสาทสมองจะได้รับการกระตุ้น กด และหลอน จนกระทั่งสมองเสื่อมโทรมลงจนถึงขั้นทำให้ความจำเสื่อมได้

5.2 สาเหตุของการใช้ยาเสพติด

จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติดของ Flay and Petraitis (1991 อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545, น. 21-22) สรุปออกมาว่า สาเหตุของการติดยาเสพติดน่าจะมาจากเหตุหลายอย่างผสมกัน ดังต่อไปนี้

1. สภาพแวดล้อมทางสังคม
2. สัมพันธภาพภายในครอบครัว
3. สัมพันธภาพกับเพื่อน
4. การเรียนรู้จากผู้คนในสังคม

5. สาเหตุจากสถาบันหรือองค์กรที่ตนสัมพันธ์ด้วย เช่น โรงเรียน ชุมชน วัฒนธรรม ประจำกลุ่ม

6. สาเหตุมาจากองค์ประกอบทางลักษณะพื้นฐานในจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเอง มีคุณค่ามั่นคง

7. สาเหตุจากความรู้ทัศนคติต่อสุราและยาเสพติด รวมทั้งพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับการมีแนวโน้มไปสู่การกระทำที่ผิดไปจากปกติ เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม

สำหรับสาเหตุที่เริ่มใช้ยาเสพติดตามที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้ ประมวลไว้ มีหลายประการ ดังต่อไปนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545, น. 22-23)

1. ครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีผู้ติดยาเสพติดหรือติดอบายมุขในครอบครัวหรือครอบครัวค้า ยาเสพติด การเลี้ยงดูในครอบครัวทำให้เกิดความกดดัน เปรียบเทียบไม่เท่าเทียมกันกับพี่น้อง พ่อแม่ลำเอียงและแสดงกิริยารังเกียจตำหนิ หรือพ่อแม่มีภารกิจมากห่างเหิน ไม่มีเวลาดูแล ทำให้เกิดความน้อยใจ ขาดความสุข จึงดับทุกข์ด้วยยาเสพติด หรือครอบครัวใช้ระบบที่รุนแรง เช่น ทบตี ดุด่า ทำร้ายร่างกายหรือถูกทารุณทางจิตใจ เช่น ถูกประณามต่างๆ ส่วนมากเริ่มในวัยเด็ก จึงไม่ ยากอยู่บ้าน ต่อกองทางออกนอกบ้านบ่อยๆ อาจเป็นเส้นทางให้ไปคบหาเพื่อนกลุ่มที่ใช้ ยาเสพติดได้ หรืออาจเป็นทางให้ตัดสินใจดับความกลัวด้วยสารเสพติด

2. สาเหตุทางจิตใจ เช่น รู้สึกว่าความมีคุณค่ามั่นคงในตนเองต่ำ บุคลิกภาพ ปัญหา ทางอารมณ์ กลุ่มใจ มีปัญหาวิกฤตเฉพาะหน้า เช่น ตกงาน เลิกกับแฟน เรียนหนังสือไม่ได้ เมื่อติด แล้วจิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่รู้วิธีหาทางออก หรือหาทางรับการช่วยเหลือ ไม่รู้วิธีจัดการกับปัญหา หรือ มีความฝังใจกับเรื่องทางอารมณ์และจิตใจ หรือเกิดจากเรื่องทางจิตวิทยาสังคม คือ เครือข่ายกลุ่ม เพื่อนเขาทำกัน ตนก็ต้องไปกับเขาด้วย มิฉะนั้นกลัวว่าเขาจะเข้ากับกลุ่มไม่ได้ เกรงว่าเพื่อนจะ ไม่รับเข้ากลุ่ม เป็นต้น หรือเกิดจากความเหงา เช่น อาชีพชาวเรือประมง

3. ตามเพื่อน เช่น เพื่อนชวน ปฏิเสธคนไม่เป็น อิทธิพลจากเพื่อน คบเพื่อนไม่ดี ยาก ลองบ้าง หรือเนื่องจากความคึกคะนอง ยากลอง หรือบางกรณีเพื่อนแบ่งให้ลอง ตนเห็นว่าไม่ต้อง ซื่อ และคิดว่าลองครั้งเดียวคงไม่ติด แต่พอเสพแล้วมีความสุขจึงเข้ามาเรื่อย ในที่สุดก็ติด

4. สถานที่แวดล้อมและสังคม เช่น อยู่ในชุมชนที่มีผู้ติดยาเสพติด และค้ายาเสพติด มากมาย มีแหล่งซื้อได้ง่าย หรืออยู่ในสถาบันการศึกษาที่มีคนในนั้นใช้ยาเสพติดกันมาก หรือ ทำงานในสถานเริงรมย์ที่มีบุหรี่ยาและสุรามาก

5. เมื่อมีปัญหาไม่มีใครรับฟังหรือให้คำแนะนำ หรือไม่มีช่องทางหาแหล่งที่จะให้เข้ามาช่วย ขาดความรู้แหล่งข้อมูล หรือไม่ก็ต้องการปกปิดเพราะยังหาคนที่ไว้ใจเพื่อระบายความลับคับอกไม่ได้ มีความรู้สึกอยากหลีกเลี่ยงสภาพปัจจุบัน มองไม่เห็นอนาคต ประชด ฯลฯ

6. เพื่อการทำงาน เช่น ผู้มีอาชีพขายบริการทางเพศใช้ยาเสพติดเพื่อสร้างอารมณ์ในการออกทำงาน หรือเพื่อบังคับร่างกายไม่ให้หลับ ทำงานได้ยาวนานหลายชั่วโมงติดต่อกัน หรือให้ออกกำลังแบกหามได้ทนทาน จึงใช้ยาเสพติด เช่น ยาบ้า หรือใช้ยากล่อมประสาทเมื่อต้องเดินโชว์พิเศษในกลุ่มผู้ทำงานสถานเริงรมย์ สำหรับผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสารระเหยอยู่เป็นประจำ เช่น ช่างทาสี ช่างทำเครื่องตกแต่งบ้านเรือน

5.3 การป้องกันยาเสพติด

โดยทั่วไปการป้องกันปัญหายาเสพติดมักหมายถึง การป้องกันหรือสกัดกั้นบุคคลทุกวัยมิให้มีการใช้สารเสพติดมากจนถึงระดับการเสพ (abuse) ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่มตีความความหมายที่เข้มข้นสำหรับการป้องกันปัญหาสารเสพติดนี้ควรหมายถึง การป้องกันมิให้มีการเริ่มเสพยาเสพติดทุกชนิดเลย อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ การป้องกันปัญหาสารเสพติด จึงมักหมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อชะลอการเริ่มเสพยาครั้งแรก ลดโอกาสหรือความถี่ในการเสพยาและลดปริมาณของสารที่ใช้เสพด้วย ซึ่งการจำแนกประเภทของการป้องกันได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ดังนี้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2549, น. 225-226)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การป้องกันในความเข้าใจของบุคคลทั่วไปนั่นคือ ป้องกันมิให้มีการเริ่มเสพหรือป้องกันมิให้มีการเสพ (abuse) และป้องกันมิให้มีการติดสารเสพติด (addiction) โดยทั่วไปการป้องกันระดับนี้ มักมีกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นกลุ่มเด็กและวัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ซึ่งหมายถึงวัยรุ่นหรือเด็กที่มีปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม เช่น หนีเรียน ลักขโมย เกเร ก้าวร้าว

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง การเริ่มบำบัดผู้ติดสารเสพติดอย่างทัน่วงที เพื่อป้องกันมิให้มีการสูญเสียจากการติดสารเสพติดมากขึ้นและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดเพื่อให้กลับคืนสู่การปฏิบัติหน้าที่และดำรงชีวิตได้โดยเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด โดยทั่วไปการป้องกันในสองระดับนี้ มีความสัมพันธ์กันและมักถูกรวบไว้ในกิจกรรมการบำบัดรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในรูปแบบการดำเนินกิจกรรม

ลักษณะนี้ที่มีประสิทธิภาพซึ่งรวมถึงการพิจารณาใช้ยา การสร้างเครือข่ายทางสังคม และการฝึกทักษะชีวิตจะมีผลช่วยชะลอและลดการเสพติด

สำหรับการป้องกันโดยดูที่วัตถุประสงค์ของกิจกรรมป้องกัน อาทิ การป้องกันที่เน้นพฤติกรรมเสพติดโดยตรง ด้วยการมุ่งทักษะที่หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติดหรือการป้องกันที่เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมแก่วัยรุ่น เช่น สร้างความผูกพันมีส่วนร่วมต่อชุมชน การแสดงออกในทิศทางที่เหมาะสมทดแทนปัญหาที่มีอยู่ ฯลฯ

5.4 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามแนวทางของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้แก่ (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด, ม.ป.ป.)

1. ขั้นเตรียมการ (Pre - Admission) เป็นการศึกษาประวัติข้อมูล และภูมิหลังผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการรักษาและครอบครัว เพื่อซักจงให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติด มีความตั้งใจในการรักษา การดำเนินการ การสัมภาษณ์ การลงทะเบียนและวิธีการทางการแพทย์ ได้แก่ การตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

2. ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) การบำบัดอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด การดำเนินการ การให้ยาชนิดอื่นทดแทน เช่น เมทาโดน แบ่งเป็นการถอนพิษแบบผู้ป่วยนอก คือไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค เป็นต้น

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ การดำเนินการ ใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

- การให้คำปรึกษาแนะนำรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหา พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยให้กำลังใจ ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเอง

- การให้คำปรึกษาแนะนำเป็นกลุ่ม โดยจัดผู้ป่วยที่มีปัญหาและพฤติกรรมคล้ายคลึงกันมาเข้ากลุ่ม โดยช่วยแนะนำเพื่อให้เข้าใจปัญหาปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้

- การให้คำปรึกษาแนะนำครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยกับครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้ครอบครัวเข้าใจถึงธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัวได้อย่างเข้าใจกัน

4. ขั้นการติดตามดูแล (After-Care) เป็นการติดตามดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้วนกลับไปเสพยาซ้ำอีก การดำเนินการ การเยี่ยมเยียน โทรศัพท์ นัดพบ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

5.5 การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดน

ปัจจุบันในการถอนพิษยาผู้ติดยาเสพติดประเภทตระกูลฝิ่น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการขาดยารุนแรงที่สุดเมื่อเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่นๆ ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษา โดยการถอนพิษยาในผู้ติดยาตระกูลฝิ่นมักจำเป็นต้องให้ยาระงับอาการขาดยาเพื่อไม่ให้ทรมานผู้ป่วยเกินไป ยาที่มีฤทธิ์คล้ายฝิ่นสามารถระงับอาการขาดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพคือเมทาโดน การใช้ยาเมทาโดน ซึ่งเป็นสารที่สกัดจากฝิ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายเฮโรอีนและมอร์ฟีน ในผู้ป่วยยาเสพติด ควรใช้เพื่อการถอนพิษยาจำพวกตระกูลฝิ่นที่มีฤทธิ์รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสามารถผ่านพ้นระยะถอนพิษยาไปได้อย่างสงบและสามารถหยุดหรือหยุดเสพยาที่เคยเสพเป็นประจำได้ทั้งในช่วงระยะถอนพิษยาและระยะเลิกเสพยาติดต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมบำบัดเฮโรอีนที่ได้ผลระยะยาวคือการใช้สารทดแทน คือ เมทาโดน สามารถใช้รักษาผู้ติดยาเสพติดได้โดยที่มีข้อมูลการศึกษายืนยันความสำเร็จคือ การใช้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance) ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาในการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนคือผู้ป่วยที่ใช้เฮโรอีนขนาดสูง และเสพมานานหลายปี มีความติดต่อยาเสพติดสูง ซึ่งการใช้วิธีถอนพิษยาหลายครั้งไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการจ่ายยาเมทาโดนระยะยาวในขณะที่สูงทดแทนฤทธิ์ของเฮโรอีนที่ผู้ป่วยเสพประจำวัน ซึ่งแต่ละรายผู้ป่วยจะรับยาไม่เท่ากัน หลักสำคัญต้องเพียงพอและพอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (อังกูร ภัทรากร, 2548, น. 329-335) ที่ผ่านมาพบว่า ช่วยลดอาชญากรรม การติดยาเสพติด การติดเชื้อเอชไอวีและโรคไวรัสตับอักเสบบีให้น้อยลง อีกทั้งการใช้เมทาโดนยังมีส่วนช่วยทำให้การรักษาเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย ทำให้คนไข้ใช้ชีวิตอยู่อย่างปกติ สามารถไปทำงานหรือเรียนได้ โดยไม่มีปัญหาเรื่องของการติดเชื้อ การใช้ยาเกินขนาดและไม่ได้เป็นสิ่งผิดกฎหมาย (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 87-90)

การใช้เมทาโดนเป็นสารทดแทนสำหรับผู้ติดยาเสพติดนั้น เป็นการดึงผู้ติดยาเสพติด ออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย มาสู่ยาที่ถูกกฎหมายและลดการแพร่เชื้อเอชไอวีได้ดี เพราะ เป็นการลดการฉีดยาเสพติด และลดการใช้อุปกรณ์การฉีดร่วมกัน (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 152) ซึ่งการใช้ยาทดแทนยาเสพติดเพื่อรักษาผู้ติดยา เมทาโดนเป็นยาทดแทนในการ รักษาที่เป็นอนุพันธ์ฝิ่นที่มีฤทธิ์ยาวนาน นำมาใช้เสพแทนฝิ่นหรือเฮโรอีน มีข้อดีคือ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547, น. 82-83)

1. ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดให้ดีขึ้นได้
2. ลดความเสี่ยงต่อผลร้ายที่จะเกิดจากการฉีดยาเสพติด
3. ประหยัดเงิน เสียทรัพย์สินน้อยลง
4. ลดอาชญากรรม
5. ทำให้ครอบครัวเป็นสุขมากขึ้น
6. ทำให้ฐานะหน้าที่การงานดีขึ้น
7. ลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ขณะนี้มีการศึกษาถึงการใส่สารทดแทนระยะยาวหลายแห่ง เพื่อขยายผลให้ครอบคลุม กลุ่มผู้ติดยาเสพติดให้มากที่สุด เป้าหมายของการใส่สารทดแทน ได้แก่

- ลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี
- เปลี่ยนมาใช้ยาที่ถูกกฎหมาย ซึ่งทราบถึงความสะอาดและความแรงของยา
- เพื่อลดความเสี่ยงต่อการใช้ยาเกินขนาด
- เพื่อให้คำปรึกษา มีการส่งต่อและการรักษาที่ถูกต้อง
- เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้ปรับตนเองเพื่อกลับเข้าสู่สังคม
- เพื่อดึงผู้ใช้ยาเสพติดออกจากอาชญากรรม

5.6 วัตถุประสงค์ (objective) ของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ มีวัตถุประสงค์ที่จะฟื้นฟูแก้ไขสุขภาพและ บุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดที่หลุดไทรอมจากการใช้ยาเสพติดที่เรื้อรังมาเป็นระยะเวลาต่างๆ ให้ กลับเข้าสู่สุขภาพที่สมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดไม่ว่า จะเป็นชนิดใดๆ ได้โดยเด็ดขาด และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมในปัจจุบันและอนาคตได้ตามปกติ โดยแบ่งวัตถุประสงค์ออกเป็นหลักการใหญ่ๆ ได้ 3 ประการคือ (พันธศักดิ์ นาครอด, 2546, น. 49)

1. เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด การพัฒนาบุคลิกภาพนั้นหมายถึงการพัฒนาร่างกาย ประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหวและการพัฒนาจิตใจ รวมทั้งเชาวน์ปัญญาและอารมณ์
2. เพื่อพัฒนาทางด้านปรับจิตใจให้เข้ากับสังคมและความสัมพันธ์กับบุคคล
3. เพื่อส่งเสริมสร้างงาน และให้ผู้ป่วยมีงานทำ ทั้งในด้านงานอาชีพบำบัดและฝึกอาชีพ ให้ผู้ป่วยมีความเพลิดเพลินจากการทำงาน ลืมเรื่องการเข้ายาเสพติด และให้นำความรู้ความสามารถไปประกอบเป็นอาชีพได้

5.7 เป้าหมาย (target) ของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายทั้งในด้านฟื้นฟูส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งในด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะลดปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากการติดยาเสพติด ซึ่งกำหนดเป้าหมายดังนี้ (วราภรณ์ สยนาทนันท์ อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ ปลั่งเกียรติยศ, 2547, น. 50-51)

1. ลดอัตราการติดยาซ้ำ (relapsing rate) เพื่อป้องกันการเพิ่มของอัตราผู้ป่วยโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหลุดพ้นและเลิกใช้ยาเสพติดโดยเด็ดขาด
2. ลดอัตราการตาย (mortality rate) อันเนื่องมาจากการติดยาเสพติดและโรคแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดยาซ้ำบ่อยขึ้น
3. ส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณค่าและใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม
4. เป้าหมายในการลดภัยอันตรายต่างๆ (detrimental effects) ของผู้ติดยาเสพติดที่มีต่อสังคมในปัจจุบันและอนาคต

ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพนั้นจะต้องมีการทำงานเป็นทีม ทั้งในระหว่างแพทย์และสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย และจะต้องยึดผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง นั่นคือ มีการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เข้าใจและยอมรับตนเอง พร้อมทั้งสามารถปรับปรุงตนเองให้อยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็น ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ มีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ มีการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการบันทึกข้อมูลที่ดี ตลอดจนมีกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติได้เร็วที่สุด (พิเชษฐ จันทรเจเนจบ, 2548, น. 734)

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคมีดังนี้

เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532, น. ก-ข) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาถอนพิษยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลวชิระและโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายของผู้เสพติด กลุ่มทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเครือญาติ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้

นิภา ณีสกุล (2534, น. 88-91) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ในผู้ป่วยติดเฮโรอีนทางเส้นเลือด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับปานกลาง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี มีการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนค่อนข้างดี ได้รับแรงสนับสนุนจากบิดา มารดา มากที่สุด พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับปานกลางและกระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เท่านั้น แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและการปฏิบัติในด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติ บุญรัตน์เนตร (2540, น. 134-136) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแรงงานชายในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 292 ราย พบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับดี ได้แก่ สัมพันธภาพของคู่สมรสด้านการมีเพศสัมพันธ์และด้านความสอดคล้องกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนสัมพันธภาพของคู่สมรสด้านแก้ไขปัญหาความขัดแย้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้านการมีเพศสัมพันธ์ และสัมพันธภาพของคู่สมรสด้านความเป็นเอกลักษณ์ใน

ชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้านการมีเพศสัมพันธ์กับด้านการรับบริการตรวจสุขภาพ ส่วนสัมพันธ์ภาพของกลุ่มสมรสด้านการมีพันธะผูกพันต่อกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ด้านการรับบริการตรวจสุขภาพ

ทรงพล ผุดผาด (2541, น. 99-104) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับดี ความแตกต่างทางเพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541, น. 74-76) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขภาพจิต โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ บิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติก จำนวน 126 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากกลุ่มวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มปฐมภูมิ โดยค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ องค์กรของรัฐหรือเอกชน โดยค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านบริการ บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการจากกลุ่มวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ องค์กรของรัฐหรือเอกชน โดยค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการอยู่ในระดับมาก

และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

วีรมลล์ จันทรดี (2542, น. บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมในการให้ใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านของผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าลักษณะการได้รับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับโดยรวมปานกลาง โดยได้รับด้านการยอมรับมากที่สุด รองลงมาด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์และสังคมเท่ากัน ในขณะที่ด้านบริการช่วยเหลือได้รับในระดับ

น้อยที่สุด เครื่องข่ายที่ให้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดคือ ครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก เครื่องข่ายรองลงมาคือเจ้าหน้าที่

ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542, น. 106-109) ได้ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงคือ เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือคนรู้จัก รองลงมาคือ เมื่อไม่สบายมีคนคอยช่วยดูแล และระดับต่ำสุดคือ รู้สึกรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงคือ พึ่งตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือ อาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ส่วนระดับต่ำคือพฤติกรรมการออกกำลังกาย

สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543 อ้างถึงใน วนิดา รัตนานนท์, 2545, น. 48) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29$) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 14.04

ลลิตา เกศา (2544, น. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ของผู้ป่วยยาเสพติดชนิดฉีด (เฮโรอีน) ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยศูนย์ชับน้ำตา โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับดี มีความเข้าใจถึงความร้ายแรงของโรคอยู่ในระดับดี แหล่งที่ได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์จากประเภทสื่อมวลชนมากที่สุดทางหนังสือพิมพ์ ส่วนประเภทกลุ่มบุคคลที่ได้รับข้อมูลบ้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่คลินิกยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังมีความละเลย และไม่ใช้ความรู้นี้เพื่อป้องกันตนเองจากโรคเอดส์

พนิดา เหมโลหะ (2544, น. บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับพอใช้ มีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของ

การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์

รุ่งนภา ทองรักน้อย (2545, น. 111-112) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดระยอง โดยทำการศึกษากับสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ระยะปรากฏอาการ จำนวน 296 ราย ผลการศึกษาเกี่ยวกับประเภทของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบริการทางสังคม ปรากฏว่า ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ด้านการยอมรับและการให้กำลังใจได้ในระดับมาก ด้านเศรษฐกิจได้ในระดับมาก โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ครอบครัวสามารถสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารได้ในระดับมาก มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการสังคมเท่านั้นที่ได้ระดับปานกลาง อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับประเภทของการสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์ในระดับสูง

บุษดี ศรีคำ (2546, น. 92-93) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 130 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.447$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกใจ ($r = 0.431$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ($r = -0.398$)

เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547, น. บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.554$) วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีจะสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ และระบบการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้วัยรุ่นมีพัฒนาการที่เหมาะสม

พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547, น. 89) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มา

รับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน พบว่า ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิญา ปานชูเชิด (2547, น. 92) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 3.65$) กล่าวคือ ถ้านักเรียนวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี

สุปรีดา มหาสุข (2547, น. บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนครปฐม พบว่าหญิงอาชีพพิเศษมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี ในด้านตัวแปรต่างๆ พบว่า หญิงอาชีพพิเศษที่มีรายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการทำงานต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แรงจูงใจปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สุนทร ใจกล้า (2548, น. 94-105) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าทหารกองประจำการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี ในส่วนของตัวแปรต่างๆ พบว่า ทหารที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและประสบการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สุนันทา กาญจนกิจ (2548, น. 129-130) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน พบว่า นักเรียนที่มี

การสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่านักเรียนที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดีกว่านักเรียนที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับกลาง

สรุปการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงแนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของการสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ แรงงาน บริการและด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำปรึกษาแนะนำจากบุคคลในสังคม เช่น คนในครอบครัว เพื่อนฝูงรวมถึงบุคคลากรวิชาชีพทางสาธารณสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้รับเกิดกำลังใจ รู้ถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกิจวัตรประจำวัน การใช้สิ่งเสพติด และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และทบทวนถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรค และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทั้งหมดตั้งที่กล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

