

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช

ปริญญานิพนธ์
ของ
วิภาพร กาญจนราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2542

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัย ปัทมภาสพงษ์)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัย ปัทมภาสพงษ์)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ประยูร สะสม)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รวมทั้งอาจารย์ ประยูร สะสม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรหมเพรา ผลเจริญสุข กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ความรู้ที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ รองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ ศิทธิกร รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี และ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง ผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช แพทย์ พยาบาลหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช คณาจารย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้แต่งตำรางานวิจัยทุกเล่ม และขอบคุณผู้ป่วยหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ คุณสมบุญ ศิลปรุ่งธรรม คุณคำรณ เทียนทองดี คุณสายพิน ลิขิตล้ำเลิศ และ คุณจงกล พวงนาค ที่คอยช่วยเหลือ แนะนำเป็นกำลังใจและเป็นທີ່ปรึกษาในการเขียนการวิเคราะห์ ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจฟันฝ่าอุปสรรคมาด้วยกัน ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิมล คุณอัมพร กาญจนราช ที่ให้ความรักความห่วงใย ส่งเสริมสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสามารถประสบความสำเร็จในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

คุณค่าและประโยชน์ใดๆ จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เพื่อพระคุณคณาจารย์ผู้มีพระคุณทุกท่านที่อบรมสั่งสอน และชี้แนะแนวทางการศึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

วิภาพร กาญจนราช

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	9
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	27
การวิจัยในต่างประเทศ	27
การวิจัยในประเทศไทย	31
สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า	45
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	46
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	47
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	49
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	50
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	51
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	58
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	58
ผลการศึกษาค้นคว้า	59

บทที่	หน้า
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	73
บทย่อ	73
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	73
วิธีดำเนินการวิจัย	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	74
อภิปรายผล	76
ข้อเสนอแนะ	88
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	88
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย	117

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว	60
2	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง.....	62
3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว	64
4	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามอายุ.....	65
5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา.....	65
6	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา	66
7	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามรายได้	66
8	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามรายได้	67
9	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส	67
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส	68
11	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามอาชีพ	68
12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามอาชีพ	69

13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	69
14	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และ ลักษณะครอบครัว.....	70
15	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง.....	111
16	คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุรา เรื้อรัง	112

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	44
------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในด้านการอุตสาหกรรม เกษตรกรรม พาณิชยกรรม คมนาคม ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนแตกต่างไปจากเดิม เป็นอย่างมาก เนื่องจากการย้ายถิ่นเข้าสู่เขตเมืองเพื่อหางานทำมากขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนยังได้ ประสบกับปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ การถูกออกจากการงาน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ต้องประสบกับความเครียดสูงมาก จึงใช้วิธีการดื่มสุราเป็นการแก้ไขปัญหาคความเครียด การดื่มสุรานี้เป็นปัญหาเรื้อรังแพร่กระจายไปทั่วทุกสังคมยากแก่การแก้ไข เนื่องจากสุราจัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่เสพติดได้ตามกฎหมายและสังคมยอมรับ ไม่ว่าจะเป็นสังคมระดับใด จากประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติตั้งแต่เริ่มแรกถึงปัจจุบัน พบว่า การดื่มสุราขึ้นกับศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และสังคม คนส่วนใหญ่จึงเห็นว่าการดื่มสุราไม่เป็นเรื่องผิด แต่ในความเป็นจริง การดื่มสุราเป็นปัญหาค่อสุขภาพอย่างมาก และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 32 ได้ระบุให้การติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยมีสาระที่สำคัญคือ “Problems Related to Alcohol, and Particular to it's Excessive Consumption, Rank Among the World's Major Public Health Concern.” (อรพรรณ เมธาจิตกุล. 2533 : 11)

การดื่มสุรา ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพต่อตนเองและสังคม ที่พบได้บ่อย คือ โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ ในปี พ. ศ. 2532 ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีผู้ป่วยติดสุรา จำนวนกว่า 18 ล้านคน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ติดสุรา (Alcoholic abuse) เป็นจำนวน 136 พันล้านดอลลาร์ (Institute of Medicine. 1990) ในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาของโครงการเผยแพร่ความรู้ และผลงานทางวิชาการผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้รับเงินค่าผลประโยชน์จากการสัมปทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมมูลค่าสูงถึง 40,000 ล้านบาท เทียบเท่ากับผลประโยชน์ที่รัฐได้จากรัฐวิสาหกิจทุกแห่งรวมกันหรือคิดเป็นร้อยละ 4 ของรายได้ทั้งหมดของรัฐบาล มูลค่าของตลาดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นี้มีการซื้อขายในวงเงินกว่าหนึ่งแสนเจ็ดหมื่นล้านบาท โดยแบ่งเป็นตลาดเหล้าไทยร้อยละ 65 เป็นเงินหนึ่งแสนหนึ่งหมื่นล้านบาท เบียร์ที่ผลิตในประเทศร้อยละ 25 เป็นเงินสี่หมื่นล้านบาท และเหล้านอก ได้แก่ ไวน์

วิสกี้ บรั่นดี แชมเปญ จินและวอดกา รวมเป็นร้อยละ 10 เป็นเงินสองหมื่นล้านบาท และในรอบห้าปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2536 - 2540 คนไทยมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประเภทนี้สูงขึ้น ร้อยละสิบห้าต่อปี เฉลี่ย 30 ลิตรต่อคน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2542 รัฐมีแนวโน้มที่จะเปิดการแข่งขันตลาดเสรีในธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้มีผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (คณะอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541 : 12) จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราในสังคมระดับต่าง ๆ พบว่า ในสังคมระดับต่ำ ผู้มีรายได้น้อยคนหนึ่ง ๆ ต้องจ่ายค่าเหล้าค่ากับแกล้ม คนละประมาณ 50 บาทต่อมือ ในสังคมระดับกลาง 300 บาทต่อมือ สังคมระดับสูง 1,000 บาทต่อมือ (ศรีวงศ์ หะวานนท์, 2533 : 42 - 43) ผลจากการดื่มสุราอย่างจริงจังในปริมาณมาก ทำให้เกิดการสูญเสียเงินทองและสุขภาพของผู้ดื่มทั้งเป็นแบบเฉียบพลันและเรื้อรังอย่างมาก

✱ โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (วัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ พันธศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ์, 2536 : 61) โรคพิษสุราเรื้อรังถูกจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นหยุดดื่มได้ระยะหนึ่ง แล้วมักกลับไปดื่มอีก มีการดำเนินโรคและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผลเสียของการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังนั้นเกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านกระบวนการความคิด สติปัญญาและสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว โดยในระยะแรกผู้ดื่มจะใช้สุราเพื่อการเข้าสังคม หรือเพื่อลดความเครียดและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในร่างกายจากแอลกอฮอล์ เมื่อปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผู้ดื่มมีอาการดี (Lego, 1996 : 254) มีความรู้สึกผ่อนคลาย หากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นอีก การโต้ตอบและการประสานของกล้ามเนื้อที่ทำงานละเอียดจะลดลง ทำให้สูญเสียความสมดุลของการทรงตัว การพูด การมอง การได้ยิน สูญเสียความสามารถในการเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ไม่สามารถควบคุมร่างกายและจิตใจให้สัมพันธ์กัน พูดไม่ชัด การมองเห็นพร่าเลือน ความชำนาญในการทำงานหายไป จนกระทั่งสูญเสียความสามารถในการทำงานมีอาการสับสน จนถึงขั้นไม่รู้สีกตัว สลบหมดสติ (Mullen et al. 1993 : 417) ซึ่งเรียกว่า อาการเมา ทำให้ผู้ดื่มสุราลืมความเครียด ละจากปัญหาต่าง ๆ มีอารมณ์ทางบวกอยู่ชั่วคราว แต่เมื่อปัญหาและความเครียดต่าง ๆ ไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ดื่มต้องการดื่มเหล้าในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ (Green and Ottoson, 1994 : 631) เมื่อแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ผู้ดื่มสุราจะขาดสติ ขาดการยั้งคิดในการกระทำต่าง ๆ กล้าแสดงพฤติกรรมที่ไม่เคยกล้ากระทำ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่เคยเก็บกดไว้ ทำให้เกิดปัญหาการติดไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง การตัดสินใจในด้านความปลอดภัยทางลดลงแสดงความก้าวร้าวเกิดการทะเลาะวิวาทกับบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ร่วมงานส่งผลต่อการทำหน้าที่ในสังคมและอาชีพเสียไป (Green and Ottoson, 1994 : 631)

กรณีที่ทำผิดกฎหมาย เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ชนคนเมา และเมื่อดื่มสุราต่อเนื่องระยะยาว จะทำให้เข้าสู่ระยะเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีอาการมือสั่น หงุดหงิดง่าย มีปัญหาการเรียนรู้ ภาวะสมองเสื่อม บกพร่องทางโภชนาการ กระเพาะอาหารอักเสบ ตับอักเสบ ตับแข็ง ความดันโลหิตสูง (สุวัทนา อารีพรค. 2524 : 432) มีอาการซึมเศร้า ร่วมกับอารมณ์ไม่มีชีวิตชีวา (Anhedonia) ซึ่งเป็นลักษณะโรคอารมณ์แปรปรวนจากสุรา เมื่ออาหาร นอนไม่หลับ หลงผิด ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล (เกษม ตันติผลาชีวะ และคนอื่น ๆ 2536 : 645 - 647) ผลของโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยประสบกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน กับข้อจำกัดทางกายจากอาการต่าง ๆ ขาดความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ของตนเอง มีบุคลิกภาพที่มีปัญหาในการปรับตัว มีความสับสนในความคิด ยากต่อการควบคุมสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมต่อต้านสังคม เมื่อพบปัญหาหรือความยุ่งยากมักขาดความอดทน ก่อการทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรม สูญเสียความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท ทั้งในครอบครัว และสังคม รวมทั้งการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ทางสังคมหมดไป กลายเป็นภาระให้ครอบครัวและสังคมที่จะต้องในการดูแล (รัชชัย กฤษะประกกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ. 2536 : 64 - 68)

*เมื่อบุคคลใดเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง การที่จะป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคลุกลามมากขึ้นนั้นต้องอาศัยการดูแลและการปฏิบัติของบุคคลเป็นสำคัญ เพราะโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรมีการดำเนินการป้องกันอันเป็นหนทางที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วการชะลออาการของโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เพิ่มหรือดำเนินการรุนแรงมากขึ้นก็จะต้องมีการดูแลตนเองที่ดี นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self-Care) โดยเห็นว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำ ไม่ว่าจะหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วยการเป็นโรคหรือการตายจะเกิดขึ้น *

การดูแลตนเองเป็นภาระกิจที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อแต่ละบุคคลได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาคำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด แต่บุคคลผู้ทำหน้าที่ในการดูแลตนเองย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ โอเร็ม (Orem.

1991 : 117) ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน ตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจึงเน้นการดูแลตนเองเพียง 2 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เพราะผลจากการปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีผลต่อการช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม

ดังนั้นจากการศึกษาเรื่องโรคพิษสุราเรื้อรัง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีผู้ศึกษาเรื่องนี้โดยตรง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และสอนเจ้าหน้าที่พยาบาล ตลอดจนนักศึกษาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ประเมิน และหาทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนให้กับเจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงปัญหา ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้การศึกษาที่ถูกต้อง ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตามตัวแปร อายุ รายได้ ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ในตัวแปร ด้านอายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว
4. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของตัวแปร อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ความสำคัญของการศึกษากันคว่ำ

1. นำผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการและส่งเสริมผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังให้มีการดูแลตนเองที่ดีเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
2. เป็นข้อมูลในการวางแผน และพัฒนาการจัดดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแก่ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไปให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงบันทึกในบัตรผู้ป่วย (OPD Card) เป็นผู้ป่วยชายโรคพิษสุราเรื้อรัง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และมีประวัติการดื่มสุรามาก่อนป่วย

ขอบเขตของการศึกษากันคว่ำ

ประชากร

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2541 - ธันวาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 611 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส และอาชีพ และลักษณะครอบครัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยชายโรคพิษสุราเรื้อรัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นปกติสุข ประกอบด้วย

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.2 การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้ และความสนใจ การตระหนักถึงอันตรายและผลเสียที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่อย่างปกติสุขในระยะเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยชายอายุ 15 ปีขึ้นไป มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม ดึกอัษฎางค์ แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ลงบันทึกในบัตรผู้ป่วย (OPD card) เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีประวัติการดื่มสุรามาก่อนป่วย โดยได้รับแอลกอฮอล์เป็นปริมาณอย่างน้อย 80 กรัมต่อวัน (เทียบเท่าวิสกี้ 240 ซีซีต่อวัน หรือไวน์ 800 ซีซีต่อวัน หรือเบียร์ 2 ลิตรต่อวัน) (เต็มชัย ไชยนิติ และคนอื่นๆ. 2541 : 164)

3. อายุ หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม ดึกอัษฎางค์ แผนกอายุรศาสตร์ฯ โรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้

- 3.1 15 - 34 ปี
- 3.2 35 - 54 ปี
- 3.3 55 - 74 ปี
- 3.4 75 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง การเรียนขั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25 - 26)

4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.2 ประถมศึกษา

4.3 มัธยมศึกษา

4.4 อนุปริญญา

4.5 อุดมศึกษา

5. รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินสุทธิของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังต่อเดือน แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

5.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

5.3 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

6. สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งกลุ่มได้ดังนี้

6.1 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังยังมีภรรยาอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน

6.2 โสด หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่เคยมีภรรยา

6.3 หม้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ร่วมกันในอดีต แต่/หรือภรรยาเสียชีวิต

6.4 หย่า หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเคยมีภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ภรรยา หย่าร้างกัน

6.5 แยก หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเคยมีภรรยาอยู่ร่วมกันในอดีต แต่ ปัจจุบันแยกกันอยู่

7. อาชีพของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง หมายถึง อาชีพของผู้ป่วยโดยยึดอาชีพหลักที่เป็น รายได้สูงสุดของครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

7.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของทางราชการ และหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

7.2 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ทำการค้าหรือธุรกิจทุกชนิด

7.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย

7.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน มีรายได้ไม่แน่นอน

7.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

8. ลักษณะครอบครัว หมายถึงสภาพการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวแบ่งเป็น

8.1 ครอบครัวเดี่ยว คือครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ภรรยาและบุตร

8.2 ครอบครัวขยาย คือครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ภรรยาและบุตร และญาติของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ ญาติของฝ่ายภรรยาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

9. โรงพยาบาลศิริราช หมายถึง สถานพยาบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทยของรัฐบาล ให้บริการการตรวจรักษาโรคทั่วไป และโรคเฉพาะทางแก่ประชาชนทั่วไป

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคพิษสุราเรื้อรัง แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

คำว่า “สุรา” มาจากภาษาบาลีและสันสกฤต แปลว่า “น้ำเมาที่กลั่นแล้ว” สุรา หมายถึง เครื่องดื่มประเภทมีแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) เป็นส่วนผสมต่างประเทศ การเรียกชื่อสุราแตกต่างกันไปตามวิธีการปรุงและผลิต ตลอดจนความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ผสม ซึ่งอาจจะได้จากสารที่สกัดจากพืชหรือผลไม้ที่มีพวกแป้ง น้ำตาล โดย อาศัยเชื้อราบางชนิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมี

การดูดซึม

เมื่อดื่มสุราแอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าร่างกาย สู่กระแสโลหิตภายในเวลา 5 นาที ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ สูงมากที่สุดในช่วงเวลา ½ - 2 ชั่วโมง ในการดื่มเพียงหนึ่งแก้ว แต่ถ้าดื่มมากและช่วงเวลาที่ดื่มนาน เช่น ในงานเลี้ยง ระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดก็จะสูงนานถึง 5 - 6 ชั่วโมงได้ การดูดซึมร้อยละ 80 เกิดขึ้นที่ลำไส้ และร้อยละ 20 เกิดที่กระเพาะอาหาร ผู้ติดสุราเรื้อรังจะมีการดูดซึมแอลกอฮอล์เร็วกว่าคนปกติ และอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมให้เร็วมากขึ้นคือ นม อาหารมัน ๆ

การขับออก

หลังจากที่ดื่มสุราเข้าไปแล้ว ประมาณร้อยละ 5 จะถูกขับออกโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง คือ ออกมาเป็นสุราเหมือนเดิมในลมหายใจ และปัสสาวะ อีกร้อยละ 95 จะถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกาย และจะเป็นพลังงาน สุราหนึ่งกรัมจะให้พลังงาน 7 แคลอรี

โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา โดยจะดื่มอย่างมากและต่อเนื่องทุกวัน โดยเฉพาะช่วงสุดสัปดาห์ หรือดื่มอย่างมากในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (เป็นวันหรือสัปดาห์) สลับกับช่วงที่หยุดดื่มเป็นเวลานาน ปริมาณสุราที่ดื่ม 80 - 160 กรัมต่อวัน

(รัชชัย กฤษณะประกรกิจ และพันธศักดิ์ วราฮ์สวปดิ ; อ้างอิงมาจาก วิวัฒน์ ยษฐานนท์ และคนอื่น ๆ. 2536 : 61), (เดิมชัย ไชยนิติ และคนอื่น ๆ. 2541 : 164)

ลักษณะที่สำคัญของบุคคลที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง คือ มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นต่ออาชีพการงาน สังคม จิตใจ และสุขภาพของร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรา แต่ก็ยังคงดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถลดหรือควบคุมการบริโภคสุรานั้น โดยมีความต้องการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลานาน มีการใช้ซ้ำ ๆ ในสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และมีอาการเพ้อคลั่งจากพิษสุรา (Withdrawal symptom) โรคพิษสุราเรื้อรังจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาจนมีอาการดีขึ้นและจะหยุดดื่มได้ระยะหนึ่งแล้วมักกลับไปดื่มอีก

ระบาดวิทยา จากการศึกษา พบว่า ผู้ชายมีการดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 3 - 4 : 1 ผู้ชายจะดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่นเป็นต้นไป ผู้ที่มีปัญหาการเรียน และปัญหาพฤติกรรมจะมีแนวโน้มการติดสุราสูงขึ้น ผู้ชายและผู้หญิงที่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี พยายามที่จะหยุดดื่มสุรามากกว่ากลุ่มอื่น

สาเหตุ ผู้ที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมักมีพฤติกรรมการดื่มสุราผิดปกติ โดยดื่มสุราเป็นจำนวนมาก และมีระยะเวลายาวนาน ผลเสียของการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังนั้นเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

อาการและอาการแสดง

ด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรมเมื่อดื่มสุราเข้าไป สุราจะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารและลำไส้ ถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น จะทำให้หลอดกระเพาะอาหารส่วนล่างบีบตัว (Pylorospasm) และอาเจียน เมื่อดื่มระยะยาว จะมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารทำให้มีการเพิ่มการหลั่งน้ำลาย และกรดเกลือในกระเพาะอาหาร ยับยั้งการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต (Inhibition CHO Metabolism) ส่งผลต่อระบบเผาผลาญในร่างกาย เป็นผลให้เกิดการสะสมของไขมันในตับ เกิดมะเร็งในช่องปากหรือในระบบทางเดินอาหาร ตับอ่อนอักเสบ (Tuyns. 1979 : 2840) จากการที่แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดถูกทำลายที่ตับร้อยละ 95 ส่วนน้อยจะขับออกทางปัสสาวะ หายใจออกทางปอด (เกษม ตันติผลาชีวะ และคนอื่น ๆ. 2536 : 634) ดังนั้นตับจึงต้องทำงานหนัก โรคที่ตามมาจึงเป็นโรคตับอักเสบ ตับแข็ง นอกจากนี้ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารยังอาจทำให้เกิดอาการท้องเดิน กระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร รบกวนการดูดซึมของสารอาหารและวิตามินเกิดโรคขาดสารอาหาร อาจเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการสั่น (Delirium tremor) (Lieber. 1988 : 1638) ในผู้ป่วยที่ดื่มสุราระยะเวลายาวนานติดต่อกัน อาจเป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ

(Cardiomyopathy) (Singer and Lungburg, 1972 : 247) ผลต่อระบบประสาท เช่น ภาวะเป็นพิษเนื่องจากสุรา ได้แก่ อาการเมา (Alcoholic intoxication) ซึ่งเป็นภาวะที่มีพฤติกรรมผิดปกติ (พยอม อิงคนวัฒน์. 2525 : 161) พุดไม่ชัด การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน การทรงตัวไม่มั่นคง การเคลื่อนไหวรวดเร็วโดยไม่ตั้งใจ หน้าแดง การดื่มสุราระยะยาวยังทำให้เกิดการสูญเสียความจำ (Anterograde amnesia and retrograde amnesia) ตามมาด้วยโรคสมองเสื่อม สมองฝ่อ (มี Atrophy ของ Mamillary body) ความผิดปกติของความจำอาจเป็นอยู่ถาวร มีความรุนแรงต้องให้การดูแลใกล้ชิด ถ้าหยุดดื่ม จะเกิดภาวะอาการขาดสุรา หากเกิดอาการรุนแรงจะมีอาการนอนไม่หลับ การรับรู้ผิดปกติ มีอาการประสาทหลอน อาการดังกล่าวจะเกิดใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา อาการอาจหายได้เองหรือคงอยู่ถาวร มีอาการหลงผิด มีอาการสั่นและมักมีไข้ มีอัตราตายถึงร้อยละ 10 - 15 (เกษม ตันติผลาชีวะ และคนอื่น ๆ. 2536 : 647) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการเพิ่มของน้ำนอกเซลล์ (Increase extracellular fluid) นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ผิวหนัง เป็นต้น ผลของโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยประสบกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ประสบกับข้อจำกัดทางกายจากอาการต่าง ๆ ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ของตนเอง

ด้านสังคม ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีการจัดคือกเทลปาร์ตี้ โดยถือว่าเป็นขนบธรรมเนียมปฏิบัติ หรือมีการใช้แอลกอฮอล์เป็นเครื่องแก้ตัวทางสังคม (Social excuse) สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของคนออกมาโดยบุคคลอื่นยอมรับ และหากดื่มในปริมาณน้อย ๆ จะช่วยลดความตึงเครียดทางสังคมและช่วยในการแสดงออกมาทางพฤติกรรม หากเมื่อดื่มต่อเนื่องเข้าสู่ภาวะโรคพิษสุราเรื้อรัง กลับเป็นการลดคุณค่าทางสังคมของตนเอง ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อการทะเลาะวิวาท ก่ออาชญากรรม เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบของโรคพิษสุราเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่คงอยู่นานเกินสามสัปดาห์หลังจากหยุดดื่มสุรา (Dementia associated with alcoholism) ยังทำให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเข้าสังคม ถ้าความผิดปกติรุนแรงมาก จะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยญาติคอยช่วยเหลือ (รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และพันศักดิ์ วราอัศวปติ. 2536 : 61 - 68 ; อ้างอิงมาจาก วิวัฒน์ ยลาภูฐานนท์ และคนอื่น ๆ. 2536) ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง และ / หรือครอบครัว บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ทางสังคมจะหมดไป แต่กลับเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคมที่จะต้องดูแลรักษาแทน

ด้านจิตวิญญาณ เมื่อบุคคลดื่มสุราในระดับที่เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาได้ จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีความมุ่งมั่นในชีวิต (สถาพร ศรีเมฆ. 2535 : 43) แต่ผู้ติดสุรา

มักมองว่าตนเองไม่คิดสุราจึงเพิ่มปริมาณในการดื่มจนเกินระดับการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาทำให้ความคิดอ่าน สถิติปัญญาเสื่อมถอยจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ประกอบกับบุคลิกภาพเดิมของผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ (Dependent inadequate) จึงมีโอกาเสี่ยงต่อการติดสุราซ้ำเมื่อหยุดดื่มได้ระยะหนึ่งแล้วกลับไปดื่มอีก (Reinstatement) แม้ในขนาดที่ไม่มากนัก และผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มักมีบุคลิกภาพที่มีปัญหาการปรับตัวทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย จึงมีความสับสนด้านความคิด จิตใจหดหู่ เครียด ยากต่อการควบคุมสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น ไม่มีจุดหมายแน่นอนของชีวิต รู้สึกไม่มั่นคงต่อสถานะความเป็นอยู่ของตนเอง มีลักษณะการปรับตัวทางอารมณ์ที่ต่ำกว่า ไม่เป็นตัวของตัวเองแต่ไม่ชอบอยู่ใต้อานาจหรือการควบคุมของผู้อื่น เมื่อพบปัญหาหรือความยุ่งยากมักขาดความอดทน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นแล้ว แพทย์จึงยืนยันให้ผู้ติดสุราหยุดดื่มอย่างเด็ดขาด เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตและปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้สุราช่วย

ด้านอารมณ์ ในสหรัฐอเมริกามีการใช้สุราสำหรับการผ่อนคลายอารมณ์และความตึงเครียดจากภารกิจประจำวัน ระยะแรกที่ดื่มจะลืมเรื่องราวที่ทุกข์ใจ แต่เมื่อดื่มมากจนถึงจุดหนึ่งจะเกิดอาการเศร้าโศกเสียใจกับเรื่องราวที่ต้องการจะลืมแทน ผลจากการดื่มสุราทำให้เกิดอาการมาจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Labile) ฉุนเฉียว (Irritable) และก้าวร้าว (Aggressive) แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Maladaptive behavior) โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีบุคลิกภาพผิดปกติอยู่ก่อน (เกษม ดันดิผลลาชีวะ และคนอื่น ๆ. 2536 : 647 ; อ้างอิงมาจาก สถาพร ศรีเมฆ. ม.ป.ป. : 40 - 43) ความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมต่อต้านสังคม ความวิตกกังวล เป็นต้น ผู้ดื่มสุราส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ (Dependent inadequate) ใช้การดื่มเพื่อย้อมใจ ช่มอารมณ์ต่าง ๆ ช่มความกลัว ให้ลืมปมด้อยชั่วคราวเพื่อเป็นการให้แสดงความก้าวร้าวรุนแรงได้ และใช้สุราเพื่อช่วยเปลี่ยนอารมณ์ (Alternation of mood) ลดความเจ็บปวดจากการที่มีประวัติชีวิตผิดหวัง ทนทรมาน ซ้ำซาก ชีวิตครอบครัวมีปัญหาปรับตัวเข้ากันไม่ได้ ชีวิตการงานผิดหวัง มีปัญหากับผู้บังคับบัญชาและร่วมงาน จึงใช้สุราเพื่อลดความเศร้าและการแยกตัว หรืออารมณ์จืดชืดไม่มีชีวิตชีวา (Adhdonia) ผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังประสบกับข้อจำกัดทางกายจากอาการต่างๆ ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ของตนเอง สูญเสียความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ทำให้อารมณ์หงุดหงิดง่าย และบางครั้งมีอาการซึมเศร้าที่เป็นผลจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลายาวนาน

ด้านกระบวนการคิด การดื่มสุราในระดับที่กำลังดี อาจช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา แต่ผู้ติดสุราส่วนใหญ่มักปฏิเสธว่าตนเองคิดสุรา และมักมองข้ามในปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น จึงดื่มต่อ ทำให้สูญเสียความสามารถในการเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้งที่

เพิ่มขึ้นจะมีผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมองลดลง และจะเป็นเครื่องทำนายการกระทำที่แสดงถึงความผิดปกติทางสมองส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด ซึ่งกระบวนการในการคิดหาเหตุผล ความสามารถในการพลิกแพลง และการสร้างมโนภาพ จะมีความสัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มในแต่ละครั้ง ยิ่งเพิ่มปริมาณมากเท่าใด โอกาสที่ความสามารถในการคิดหาเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการพิจารณาว่าอะไรคือสัจธรรมของสิ่งต่าง ๆ จะลดลงได้มากขึ้นเท่านั้น (สถาพร ศรีเมฆ. 2535 : 43 - 103) เกิดความอึดหิม มีความมั่นใจในตัวเองมาก ขาดความละเอียด หลงลืม ขาดสมาธิ (สุวทนา อารีพรรค. 2524 : 428) ทำให้ไม่สามารถประกอบกรงาน ความคิดอ่านถดถอย ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Coler and Vincent. 1995 : 33) ผลของการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน ยังทำให้เสื่อมง่าย มีปัญหาการเรียนรู้ ลดความยับยั้งชั่งใจ ลดมาตรฐานของคุณธรรมที่เคยยึดถือ การตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ ไม่เหมาะสม พุดจาพวณชวนหาเรื่อง (เกษม ดันติผลาชีวะ และคนอื่น ๆ. 2536 : 646 - 647) ดังจะเห็นได้จากผลกระทบโดยตรงที่ทำให้มีความคิดหมกมุ่น ความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง และมักกลับไปดื่มอีก ทั้งที่ตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นต่ออาชีพการงาน สังคม จิตใจ สุขภาพร่างกายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด แต่ก็ยังคงใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง และมีการใช้ซ้ำ ๆ ในสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การขับรถในขณะที่เมาสุรา เป็นต้น จากสภาพดังกล่าวประกอบกับหากเกิดการรับรู้ผิดปกติมีอาการประสาทหลอนหรือ หลงผิด ทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งตนเองและบุคคลอื่นได้

การรักษา

1. หยุดดื่มสุรา แพทย์จะยืนยันให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหยุดดื่มอย่างเด็ดขาด เนื่องจาก การกลับไปดื่มอีก แม้ในขนาดที่ไม่มากนัก จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดสุรา และเกิดโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้การหยุดดื่มสุราอย่างเด็ดขาดจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตและปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้สุรามาช่วยลดความเครียด

การปฏิบัติตัวเมื่อต้องการเลิกดื่มสุรา สามารถทำได้โดย การอาบน้ำอุ่นเมื่อตื่นนอนและก่อนเข้านอน ภายหลังอาบน้ำให้ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำมะนาว 1 แก้ว ทุกครั้งไป ดื่มน้ำในระหว่างอาหารแต่ละมื้อให้ได้ประมาณวันละ 8 - 10 แก้ว ถ้าไม่แน่ใจว่าจะครบตามจำนวนให้จดไว้ทุกครั้ง ที่ดื่ม จงพยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนของมิตรสหายที่เคยชวนดื่ม อย่าอยู่ใกล้สถานที่ที่เขาดื่มสุรา กัน หากรู้สึกท้อใจไม่ได้ ให้อาบน้ำเสียอีกครั้งหนึ่ง การอาบน้ำจะทำให้รู้สึกสบายและลืมความกระวนกระวายนั้นได้ อย่ารับประทานมัสตาด พริกไทย เครื่องเทศ น้ำส้ม ถ้าคิดจะเลิกในระยะแรก ๆ อย่ารับประทาน ปลา เป็ด ไก่ เนื้อ ไข่ กาแฟ เนื่องจากผู้กิน/ดื่มของเหล่านี้อาจจะอดสุรายาก ควรรับประทานผลไม้ ผัก ให้มาก ๆ โดยเฉพาะสด ๆ รวมทั้งถั่ว เนย ควรรับประทานไวตามินบี รวมทุกมื้อ เพื่อบำรุงประสาท

2. การใช้ยา ควรใช้ยาที่ให้ผลทางทำให้หลับ แต่ไม่ควรมีฤทธิ์ทำให้หลับมากเกินไป เพื่อไม่ก่อให้เกิดผลร้ายทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิต หรือการเต้นของหัวใจ ไม่สม่ำเสมอ ไม่ก่อให้เกิดการเสพติดได้ง่าย และไม่เป็นยาที่เป็นพิษต่อตับ จะใช้ยาในผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี มีแรงจูงใจในการเลิกดื่ม และให้ความร่วมมือในการรักษา เริ่มให้ยาครั้งแรกหลังจากดื่มสุราครั้งสุดท้ายอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จึงต้องเตือนผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรืออาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในช่วงได้รับยา

3. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เน้นปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีขึ้น และฝึกกลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น มีหลักการคือให้แรงเสริม (Reinforcement) ต่อพฤติกรรมที่ดี เช่นการให้รางวัลในรูปแบบต่าง ๆ

3.1 การจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย (Small group activity)

3.2 การฝึกหัดปฏิบัติงาน (Vocational workshop) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสลงมือฝึกปฏิบัติการทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถ ความสนใจและตลาดแรงงาน เช่น งานช่างสาขาต่าง ๆ การตัดเย็บเสื้อผ้า

3.3 กิจกรรมเพื่อแนะแนวการใช้เวลาว่าง (Leisure counselling) เพื่อเสริมสร้างความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปราศจากการใช้ยาเสพติด

3.4 กิจกรรมเพื่อสันทนาการบำบัด (Recreation therapy) อาจจัดให้เป็นกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใหญ่ เพื่อความเหมาะสมทางด้านสถานที่ วัตถุประสงค์ของการจัด และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

3.5 กิจกรรมเพื่อการฝึกวิธีการคลายความเครียด (Relaxation therapy) อาจจัดเป็นกลุ่มเพื่อสอนวิชาการและกลุ่มฝึกปฏิบัติ ทั้งการคลายความเครียดทางกาย (Physical relaxation) และทางจิตใจ (Spiritual relaxation)

4. กลุ่มนักดื่มนิรนาม (Alcoholics anonymous) เป็นการตั้งกลุ่มของผู้เคยติดสุรา เพื่อช่วยเหลือสมาชิกของกลุ่มให้สามารถหยุดดื่มสุราได้ โดยมีรูปแบบของกลุ่มที่ให้การประทับประคอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มที่สามารถช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มอย่างเด็ดขาด ซึ่งเป็นกฎขั้นแรกในการเข้ากลุ่มด้วย

5. การตกลงใจการรักษาคำสัญญาในการรักษา (Contracting) การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังจะให้เกิดผลดี ถ้าผู้ป่วยเข้าใจว่าการหายจากโรคเกิดเพราะตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญที่จะหักห้ามใจ สร้างกำลังใจไม่ดื่มอีก โดยเฉพาะขณะอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม เช่น บ้านของผู้ป่วยมีภาวะยั่วเยาใจ เช่น มีสุราเก็บไว้ในที่ต่าง ๆ ในบ้าน ต้องเอาออกให้หมด เพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา แต่การจะเลิกดื่ม

๑

ได้ถาวรต้องเกิดจากการตัดสินใจที่มั่นคงของเขาเอง ซึ่งถ้าทำได้แพทย์พร้อมที่จะช่วยแก้ปัญหาความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเข้มแข็งจนไม่ต้องกลับไปดื่มอีก

6. การส่งเสริมและป้องกัน การดื่มสุรา

6.1 ส่งเสริมเจตคติเกี่ยวกับผลเสียของการดื่มสุราในกลุ่มเยาวชน โดยการประชาสัมพันธ์ความรู้อย่างต่อเนื่องถึงอันตรายของการดื่มสุราโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร ฯลฯ

6.2 จัดทำแผ่นพับโรคพิษสุราเรื้อรังแจกให้แก่ผู้ใช้บริการตามสถานบริการสุขภาพ

6.3 จัดทำวิดิทัศน์ ความรู้เรื่องโรคพิษสุราเรื้อรังที่ติดผู้ป่วยนอกและในหอผู้ป่วย

6.4 จัดโครงการบริการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ติดสุราทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ที่ติดสุรา

6.5 ประชาสัมพันธ์ถึงแหล่งให้การรักษากลุ่มผู้ติดสุราโดยเฉพาะ เช่น วิธีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ซึ่งสามารถรับบริการรักษาได้ที่โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นต้น

6.6 ให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้จักวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพาสุราเมื่อมีปัญหา เช่น การทำงานที่มีความถนัด หรือพอใจ งานอดิเรกต่าง ๆ การปรึกษาปัญหากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น บุคคลในครอบครัว

6.7 ให้ความรู้ถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการติดสุรา เช่น การคบเพื่อนที่ดื่มเหล้า ความเครียด และวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม การใช้สุราเป็นทางออกทุกครั้งที่เกิดปัญหา ฯลฯ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังนั้น มีผลต่อการช่วยผู้ป่วยให้กลับสู่สถานะการมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม โดยแบ่งตามประเภทการดูแลตนเองของโอเรม มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง สามารถปฏิบัติกิจกรรมขึ้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน ในรายที่มีอาการเหือง และมีอาการคันตามผิวหนัง ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่อ่อน ๆ หรือไม่ใช่สบู่เลย ถ้าผิวหนังมากควรทาด้วยครีมที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

1.2 คึมน้ำสะอาดให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย โดยการได้รับน้ำ 6 - 8 แก้วต่อวัน

1.3 โภชนาการ หลักในการรักษาทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง คือ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย โดยเฉพาะการคึมน้ำหวานเพื่อให้การทำงานของตับดีขึ้น และการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย ขาดสารอาหารและเกลือแร่

1.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ตามความสามารถและความเหมาะสมของวัย จัดเวลานอนให้เหมาะสมในแต่ละวัน คือ กลางคืนนอนไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรรอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง

1.5 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควรพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกาย และตรวจเลือดซ้ำ เป็นการติดตามการดำเนินของโรคและถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ภาวะง่วงงวย เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด มีไข้ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อ เห็นภาพหลอน มีประสาทหลอนทางหู นอนไม่หลับ ให้มาพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรับการรักษาทันที

1.6 ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์และมีการให้ข้อมูลว่า โรคพิษสุราเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับ ฉะนั้นการได้รับทราบความเป็นจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวได้ดีขึ้น อย่างน้อยที่สุดก็ได้ทราบว่า คนที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังยังมีโอกาสหายจากโรคอย่างเด็ดขาด และมีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องเสียชีวิตหรือเกิดโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ อย่างไรก็ตาม ความเรื้อรังของโรคอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลและเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ฉะนั้นการเรียนรู้และพยายามหาวิธีการแก้ไขภาวะเครียด หรือวิตกกังวลเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำ เช่น การระบายอารมณ์เครียด การทำงานอดิเรก เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสวดมนต์ การทำสมาธิ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจได้ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมก็มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เพราะลักษณะของโรคบางครั้งทำให้ต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการยอมรับจากสังคมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปรับตัวได้ดีขึ้น

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ ประกอบด้วย

2.1 ประกอบอาชีพของตนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย

2.2 ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง สามารถมีคู่ครอง และเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ตามสภาพของร่างกาย

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้างการทำหน้าที่ตลอดจนผลจากการวินิจฉัยและการรักษา ประกอบด้วย

3.1 ยา ให้รับประทานยาครบทุกมื้อตามเวลา ไม่ลดยา เพิ่มยา หรือหยุดยาเอง และอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ โดยให้ญาติช่วยดูแลการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการของฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาค้าง มือและแขนขาสั่นเกร็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ขากรรไกรแข็ง ให้รับประทานยาแก้แพ้ตามแพทย์สั่ง ถ้าอาการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ดีขึ้น ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที

3.2 ไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.3 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อ่อนเพลียตัวและตาเหลืองมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องโตมีน้ำในช่องท้อง แน่นอึดอัดท้อง บวมทั่วตัว มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการ

3.4 ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค

3.5 ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับรู้ถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัด เพื่อให้ไม่ให้อาการของโรคลุกลาม

3.6 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค โดยไม่ดื่มสุรา เบียร์ หรือของมีแอลกอฮอล์ และการซื้อยามารับประทานเอง

3.7 ควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้าไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ทุกครั้ง ให้ญาติหรือผู้ดูแลติดต่อแทน ควรไปตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคจิตจากพิษสุราจะมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลาย ๆ ระบบ นอกเหนือจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ฟุ้งซ่าน มีหูแว่ว ประสาทหลอน ให้พบแพทย์ทันที หรือถ้าหากไม่สะดวกในการมาติดตามผลการรักษา ให้แจ้งแพทย์ทราบ เพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้าน หรือขอรับการรักษาทางไปรษณีย์

3.8 เรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะที่ตนเองยังคงเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวและสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับ

ประทานอาหาร การดื่มน้ำ การทำงาน การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มครอบครัวบำบัด ทั้งรายครอบครัวและแบบกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติตัว ตลอดจนการหาทางออกที่เหมาะสมเมื่อพบปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem, 1985 : 31 – 32)

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ได้มีการให้ความหมายในทัศนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 128 ; อ้างอิงมา จาก Orem, 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติและเป็นเรื่องที่เรียนรู้ ภายใต้อบรมธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการ ดูแลด้านสุขภาพของตน อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535 : 10)

เลวิน (Levin, 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Health prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

นอร์ริส (ทัศนาศา นุญทอง. 2534 : 11 ; อ้างอิงมาจาก Norris.1990) กล่าวถึงการดูแลตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเอง ด้านสุขภาพอนามัย

ฮิลล์ และ สมิท (ทัศนาศา นุญทอง. 2534 : 11 ; อ้างอิงมาจาก Hill and smith. 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเอง หรือต่อสิ่งแวดล้อมในการที่จะควบคุม การปฏิบัติหน้าที่ เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการยังชีพและความผาสุกของบุคคล

สมทรง รัชแผ้ว (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10 – 11) ได้กล่าวว่าการ ดูแลตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ประมวลเป็น คำจำกัดความ การดูแลตนเองหมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการ ทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยา รักษาตนเอง และการปฏิบัติตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้ เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว

เคลนแมน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Kleinman. 1990) ได้ให้ ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็น ธรรมชาติของมนุษย์เมื่อพบกับความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของริฟกิน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 : 37 ; อ้างอิงมาจาก Rifkin. 1981) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการตอบสนอง ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปัจเจกชน จะเห็นได้ว่า ทั้งเคลนแมนและริฟกิน กล่าวถึงการ ดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะในยามเจ็บป่วยเท่านั้น ทัศนะดังกล่าวแตกต่างจากโอเร็ม (Orem. 1980 : 35) ผู้ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้อย่างกว้าง ๆ ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้น ปฏิบัติและยึดถือเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนเลวิน (Levin. 1976 : 11) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองไว้เด่นชัดอีกว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล ทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ ฟราย (Fry. 1973 : 342) ที่ ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การทำนุบำรุงสุขภาพ (Health maintenance)
2. การป้องกันโรค (Disease prevention)
3. การวินิจฉัยตนเอง การใช้ยา และการรักษาตนเอง (Self diagnosis, Self medication and Self treatment)
4. การให้ความร่วมมือกับบริการวิชาชีพ (Participation in professional service)

โอเร็ม เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลเป็นคนแรก โดยพัฒนารูปแบบขึ้นเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลภายใต้ชื่อว่าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Dorothy E. Orem's Theory of Self-Care) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎี 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนี้นี้ ได้ถูกนำมาใช้ และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยม และแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่ง และถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 128)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง

โอเร็ม ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิตสุขภาพ อนามัย ความ เป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพ จะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem. 1997 : 117) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ โดยที่การดูแล ตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมของชน แต่ละกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะจัดการกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งอาจคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Orem. 1980 : 79 - 82) จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม ก็คือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มี ประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อการดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบ ที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care agency) (OREM. 1985 : 34-36)

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demands)

ในทฤษฎีของโอเรม (Orem. 1980 : 41-51) ความต้องการดูแลตนเองเป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยเจตนา ที่กระทำโดยตนเอง ความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้คือ ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารบางอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น การมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม มีการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตมนุษย์ ความต้องการชนิดนี้ได้แก่ การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ ดูแลและส่งเสริมในด้าน ต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการ ระยะต่าง ๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการชนิดนี้ได้แก่ การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเกิดความเจ็บป่วย การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันรักษาและฟื้นฟูพยาธิที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล การปรับความรู้สึกก็นึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเฉพาะด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป และด้านการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capabilities)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเร็ม (Orem, 1980 : 129) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ

ฉะนั้นบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดหมายของการดูแลตนเอง คือภาวะสุขภาพ ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพก็หมดไป แต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดมีการขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องช่วยเหลือโดยจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมนุษย์ ที่ต้องเรียนรู้โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร และเป็นการปฏิบัติโดยเจตนาโดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ หรือพัฒนาการ หรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเองและความสามารถในการพัฒนาการดูแลตนเองทั้งหมด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

อายุกับการดูแลตนเอง

อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถ ในการดูแลตนเอง ของบุคคล จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985 : 255) สตรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก – ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อังคณา นวलय (2535 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แลงเกีย (Langlie. 1977 : 254) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคจะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman . 1975 : 20) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคล มีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับ การสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108 – 109) การศึกษาของคาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 250 –251) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย ดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาค่ำ

แลงเกีย (Langlie 1977 : 253) ศึกษาโครงข่ายสังคมความเชื่อทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มฉีดยาฉีดวัคซีนครบถ้วน มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 48) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

รายได้กับการดูแลตนเอง

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 – 162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการศึกษภาพ

ในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโดยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้เหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของเพนเดอร์ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความรู้ที่น้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คาสลและคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1955 :250 – 251) ศึกษาผู้ที่มิรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มิรายได้ต่ำ

สถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต นิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534. :) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สปีค (Speake. 1987 : 28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 118 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกับ โสคม่าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อารมณ วุฒิพฤกษ์ และคนอื่นๆ (2529 – 2530 : 39) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสรินทร์ ศาสตราบุรุษย์ (2538 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

อาชีพกับการดูแลตนเอง

กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก -ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่เป็นงานประจำ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย กาญจนา บุญทับ (2534 : 42) ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลา จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าการเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิม

ต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกร กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ลักษณะครอบครัวกับการดูแลตนเอง

ลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง ขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น ครอบครัวที่มีขนาดใหญ่อาจมีการปลูกฝังแนวความคิดที่มีประโยชน์หลายอย่างในครอบครัวเดียวกันมีความอบอุ่นขัดแย้งกันได้ แต่อาจมีแนวความคิดที่มีประโยชน์หลายอย่างในครอบครัวเดียวกันมีความอบอุ่นแต่อาจไม่มีสมาชิกที่จะช่วยในการดูแลตนเอง จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนถึงทิศทางของระบบครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 150 ราย พบว่า ระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย จะช่วยให้รู้จักปรับวิธีการที่จะสนองความต้องการการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในสลัม ควรจะปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไร ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรกต่าง ๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาให้ตนเองอย่างพร้อมมูล

ลักษณะครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากนั้นอาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ทั้งเงินทอง เวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง เป็นประโยชน์สำหรับนักสุขภาพในการเลือกวิธีการช่วยเหลือ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้

แฮริส และกูเตน (อุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 33 ; อ้างอิงมาจาก Harris and Guten. 1979 : 18) ได้ทำการศึกษาลำดับองค์ประกอบ (Concept) ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ที่ศึกษาเป็นประชาชนจำนวน 842 คน ผลการศึกษานี้ปรากฏว่าบุคคลต่าง ๆ ให้ความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันรักษาสุขภาพโดยให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการกินเป็นอันดับหนึ่ง การพักผ่อนเป็นอันดับสอง และการออกกำลังกายเป็นอันดับสาม ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพสุขภาพส่วนบุคคล การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนให้ความสำคัญและกระทำในอันดับรองลงมาตามลำดับ นอกจากนี้ ยังศึกษาถึงสาเหตุการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล เช่น การรับการตรวจสุขภาพฟัน การรับการฉีดภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น ผลการวิจัยสรุปว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นไปเพราะเขาเชื่อว่า การกระทำข้างต้นจะทำให้เขามีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรค

การวิจัยที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น งานวิจัยของชาร์ป รอส และคอกเกอร์แฮม (Sharp, Ross and Cockerham. 1983 : 255 –263) ผลการศึกษานี้พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง มีความสามารถในการควบคุมเหนือสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย ที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มแม่บ้านในด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ กรีน (อุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 38 ; อ้างอิงมาจาก Green. 1970 : 109) ไทโรเลอร์ และคนอื่น ๆ (Tyroler. 1965 : 128) ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษาของแม่บ้านในครอบครัวหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวใดที่แม่บ้านมีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวดี

แลนเกลีย (Langlie. 1977 : 253) ได้ศึกษาและพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ประชาชนที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มฉีดยารักษาโรคมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิเวนธาล (อุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 81 ; อ้างอิงมาจาก Leventhal. 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นประชาชนชาย 196 คน หญิง 200 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก สำหรับความสัมพันธ์ของอายุและพฤติกรรมเฉพาะด้านพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกลักษณะมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก กูด (Good. 1979 : 1784 A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมการเลือกอาชีพและทัศนคติในการดื่มสุราของนักเรียนเกรด 11 และ 12 โดยศึกษาเปรียบเทียบจากนักศึกษาที่เข้าโปรแกรมอาชีพ 240 คน กับนักศึกษาที่เข้าโปรแกรมวิชาการ 280 คน ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนเกรด 11, 12 มีทัศนคติที่รุนแรง (Intemperate) ต่อการดื่มสุรา นักเรียนที่เข้าโปรแกรมอาชีพ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรามากกว่านักเรียนที่เข้าโปรแกรมวิชาการ นักเรียนชายมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรามากกว่านักศึกษาหญิง นักเรียนที่เข้ากลุ่มโปรแกรมอาชีพที่ค่านิยมและทัศนคติในการดื่มสุราแตกต่างกัน ทัศนคติที่รุนแรงต่อการดื่มสุราไม่เพิ่มมากในระหว่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย นักเรียนที่เข้าโปรแกรมอาชีพจะมีค่านิยมเกี่ยวกับทฤษฎีและความงามในขณะที่นักเรียนที่เข้าโปรแกรมวิชาการจะมีค่านิยมเกี่ยวกับเศรษฐกิจและศาสนามากกว่า

โดแลน (Dolan. 1979 : 331 A) ได้ศึกษาด้านมนุษยวิทยา เพื่อทำนายลักษณะการดื่มสุราส่วนบุคคลจากความเชื่อค่านิยม และพฤติกรรมที่รวบรวมจากการเก็บคิดเป็นร้อยละที่ชนบทในเกาะบาฮาเบียน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชาชนจากชายในหมู่บ้านจำนวน 35 ร้อยละ 15 โดยกำหนดโครงสร้างทางวัฒนธรรมสังคม 11 อย่าง เป็นตัวทำนายในการวิเคราะห์ ซึ่งโครงสร้างทางวัฒนธรรมสังคม 11 อย่าง ความเชื่อพื้นเมือง ค่านิยม และกิจกรรมการใช้เวลาว่างมีส่วนเป็นสาเหตุในการดื่มสุรา และผลการศึกษาสรุปได้ว่ากิจกรรมการพบปะสังสรรค์กันในสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กับลักษณะการบริโภคส่วนบุคคล นอกจากนี้โดแลนยังได้วิเคราะห์รูปแบบของการตายของชาย ในประเทศออสเตรเลียระหว่างปี 1968 – 1978 แสดงอัตราการตายสูงจากโรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา

บรูคส์ (Brooks. 1992 : 245-251.) ได้ศึกษาสาเหตุการตายของประชาชนชาวแคลิฟอร์เนียที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการตายจากตับแข็ง มะเร็งทางเดินอาหาร อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และโดยฆาตกรรมพบเพิ่มขึ้นในชาวกลีกร ทำป้าไม้ ประมง คนทำความสะอาดเครื่องมือ ผู้ช่วยและกรรมการ

กุนเดล (Gundel. : 1993 : 89.) ได้ศึกษาถึงความรู้ลักษณะคิดสุราของคนไข้ที่หายจากการคิดสุรา โดยเชื่อจากคำบอกกล่าวจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงจะเข้าใจดีกว่า มีผู้หญิง 5 คน ที่เลิกดื่มสุราได้ 5 ปี มาให้สัมภาษณ์ โดยการรับรู้โทษของสุรา จุดตกต่ำสุดของชีวิตในขณะที่คิดสุรา และได้รับการช่วยเหลือและเป็นตัวของตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า การคิดสุราในผู้หญิงเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยาก การคิดสุราไม่ใช่แค่การดื่มสุรามากเพียงอย่างเดียว เพราะฉะนั้นการรักษาไม่ใช่แค่รักษาจนหยุดสุราแล้วเลิกรักษาต่อ การฟื้นจากการคิดสุราต้องใช้เวลาานาน และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

เออร์วิน (Irwin. : 1995 : 53.) ได้ศึกษาผู้หญิงที่คิดสุราเมื่ออายุมาก พบได้บ่อยว่าผู้ที่คิดสุราเมื่ออายุมากด้วยเหตุผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุ สิ่งกดดัน ความเครียดของการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดการคิดสุราเมื่ออายุมาก ผลกระทบของโรคนี้มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้ง ๆ โรคนี้สามารถป้องกันได้

แมคเกล (Mackel. 1922 : 93) ได้ศึกษาผู้คิดสุราในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 12 ของคนอเมริกันมีอายุมากกว่า 65 ปี และกว่าจะถึงปี ค.ศ. 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 และ ร้อยละ 37 ของผู้ที่คิดสุราที่อายุมากกว่า 35 ปี จะมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ หรือสารอื่นในทางที่ติดมากขึ้น

ปัจจัยด้านประชากรกับการดูแลตนเองได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

แฮริสและกูเด็น (Brown and McGreedy. 1986 : 317 ; citing Harris and Gundel) และกล่าวว่าอาจเป็นเพราะเนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 20) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ระดับการศึกษาได้มีผู้ทำการไว้ดังนี้คือ

มูห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 637 – 646) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าของสุขภาพและพฤติกรรม ในทางบวกต่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and River. 1965 : 265 – 268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นและการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่ม ประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์ก ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกัน

ใน ระดับการศึกษาเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งในผู้ตอบได้เอง และให้ผู้เชี่ยวชาญ สัมภาษณ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็น ทำให้เกิดการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ และถ้าการศึกษาสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น และการปฏิบัติที่มีเหตุผลขึ้นด้วย

คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำซึ่งจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

อาชีฟ ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 – 15) ได้ศึกษาพบว่า อาชีฟมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเนื่องจาก อาชีฟมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีฟที่เกี่ยวกับงานสุขภาพอนามัย

รายได้ของครอบครัว ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

เวลลิตส์ และไครเดอร์ (Wellits and Crider. 1988 : 176) ได้ศึกษาและพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ดีประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

คอกเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้อง ต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

สถานภาพสมรส ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้

เบลเชอร์ และคนอื่น ๆ (คารากร แซ่ไคว้. 2535 : 6 ; อ้างอิงมาจาก Belcher and other. 1982 : 308) ได้ศึกษาและพบว่าคนโสดมีพฤติกรรมดูแลตนเองในบ้านและสังคมสูงกว่าคนที่มีความสัมพันธ์ส่วนผู้ป่วย ที่มีสถานภาพสมรสคู่ คู่สมรสอาจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมาก เป็นการขัดขวางการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การวิจัยในประเทศไทย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรกับการดูแลตนเอง มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้คือ

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้คือ

กอบแก้ว ศุคตวัธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี จำนวน 244 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มและกลางคน มีการดูแลตนเองด้านการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้สูงอายุ

นิตยา ภิญโญคำ (2531 :) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการศึกษาด้วยไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ที่มีอายุแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ

สุรี ชันธรักษวงศ์ (2532 : 84 –85) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 363 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เจษฎา ณ ระนอง (543 : 121) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 86) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับบริการที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

ทิพวัลย์ ขาวลำอ่างค์ (2535 : 60) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต

ถนอมวรรณ อยู่จำ (2536 : 127) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง จำนวน 267 คน เป็นชาย 168 คน หญิง 99 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกันมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของ ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีอายุ ต่างกันมีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

กอบแก้ว คุณตวัส (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอ ในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี จำนวน 244 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ มีระดับการศึกษาสูง จะมีแนวโน้มการกลับมารักษาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

รัตนา ทองสวัสดิ์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตรกุล. 2538 : 88 ; อ้างอิงมาจาก รัตนา ทองสวัสดิ์. 2531) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุ จำนวน 200 ราย โดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์ กับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สุติ ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุคือ ระดับการศึกษา

สุรี ชันธรักษวงศ์ (2532 : 84) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 363 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชา ชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับ สุขภาพแตกต่าง กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบล ศุลาภรณ์ (2533 : 99) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 196 คน ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการ ศึกษาต่างกันมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

ถนอมวรรณ อยู่จำ (2536 : 130) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของ บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาใน ส่วนกลาง จำนวน 267 คน เป็นชาย 168 คน หญิง 99 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับ บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 400 คน ผลการ ศึกษาพบว่า ระดับ การศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 68) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพอใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการ รักษาด้วยยา และการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา สูงกว่ามีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ที่จะช่วยเอื้ออำนวยการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 135) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 42) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม จำนวน 100 คน ผลการ ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

อัสรา อาวรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การ สนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูง อายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

รายได้ ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้

สิริอร พัวศิริ (2533 : 67) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะ สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของ ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เกษฎา ณ ระนอง (2534 : 123) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่รายได้ของผู้ปกครองต่างกัน มี พฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

จิรประภา ภาวิไล (2535 : 67) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 107) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ทิพวัลย์ ขาวถ้ำอ่างค์ (2535 : 59) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อความบกพร่องในการดูแลตนเอง

พิสมัย พัทธการวกร (2536 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ

เพ็ญศรี เกศนาค (2537 : 120) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชน เขตเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 77) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง

อัสรา อารณ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : 66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้มีสถานภาพสมรสคู่มิการดูแลตนเองดีกว่า ผู้มีสถานภาพสมรสโสด

อังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

นิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ (2540 : 50-52) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มิแบบแผนชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

คารากร แซ่ไคว้ (2535 : 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อึดทนโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

รัชสุริย์ จันทเพชร (2536 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปัจจัยคัดสรรบางประการกับความบกพร่องในการดูแลในผู้ป่วยตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการดูแลตนเอง

อัสรา อวรณ์ (2540. 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางจิตสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ในชมรมในชมรม ผู้สูงอายุโรงพยาบาลศักดิ์ศักดิ์สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน ชาย 64 คน และหญิง 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อาชีพร ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

กอบแก้ว กุศลวิทย์ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอ ในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะ อาชีพมีงานประจำ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ ต้องย้ายถิ่นบ่อย

รัตนา ทองสวัสดิ์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล. 2538 : 88 ; อ้างอิงมาจากรัตนา ทองสวัสดิ์. 2531) ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เจษฎา ณ ระนอง (2534 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่อาชีพของผู้ปกครองต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ทิพวัลย์ ขาวสำวงศ์ (2535 : 60) ได้ศึกษา แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัณโรคปอด จำนวน 206 คน ชาย 92 คน และหญิง 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

พิสมัย พัทธกษาวรากร (2536 : 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวิรัชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัณโรคปอด จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวันโรคปอด จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า อาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

ลักษณะครอบครัว ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้คือ

ริชาร์ดสัน (Richardson. 1981 : 159 – 174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม จากหญิงตั้งครรภ์ 159 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวเดี่ยว หญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย

กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ถิเวณธาด (อุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 81 ; อ้างอิงมาจาก Leventhal. 1983) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค ในด้านความสัมพันธ์ของอายุและพฤติกรรมเฉพาะด้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกลักษณะมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก

ภุททงค์ กุณทลบุตร (2524 : 64) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของชาวประมงไทย ในเขตจังหวัดระยอง เพชรบุรี และพังงา ผลการศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มากกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับรายได้และระดับการศึกษาต่ำ

ยลสววย วาริตสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2525 :50-60) ได้ศึกษาตัวแปรระดับรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ภัทรา จุลวรรณ (2529 : ก-ข) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรานอนหลับและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดศรีสะเกษ ขณะรับการรักษาโรคซึ่งอยู่ในครอบครัวและชุมชน จำนวน 86 ราย ผลการศึกษาพบว่า อัตรานอนหลับโดยรวม สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมและการสนับสนุนจากระบบส่งต่อผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ค-ง) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งมารับรักษาที่คลินิกภูมิแพ้และคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก-ข) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับรายได้ของครอบครัว ส่วนเพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเมื่อนำปัจจัยบางประการ และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการทำนายถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชื่นชม เจริญยุทธ (รัชชชัย คำทอง. 2533 : 39 ; อ้างอิงมาจาก ชื่นชม เจริญยุทธ. 2521 : 8) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างของประชาชนในชนบท โดยศึกษาจากหัวหน้าครอบครัวจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 302 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ การศึกษา ความเชื่อทางไสยศาสตร์ รายได้ และเพศของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเลือกใช้บริการของประชาชนการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์และคนอื่น ๆ (2533 : 175 – 206) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรักษา ตนเองเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายมากที่สุดร้อยละ 93.60 ของความเจ็บป่วยทั้งหมด เป็นการรักษาดตนเองเป็นอันดับแรก ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ร้อยละ 87.60 ของความเจ็บป่วยรักษาหายได้ โดยการดูแลสุขภาพหรือการรักษาดตนเอง เมื่อพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ เข้ามามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ กลุ่มคนยากจนมี พฤติกรรมการรักษาดตนเองมากที่สุด โดยไม่ต้องไปรักษาต่อยังแหล่งอื่น แต่กลุ่มคนรวยจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอันดับแรกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

รัชชัย คำทอง (2533 : 128-145) ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง จากการศึกษาพบว่า ประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนตามตัวแปรอิสระ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ การใช้บริการของสถานีนอนามัย ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนภายนอกตำบล ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ อาชีพ และการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การใช้บริการของสถานีนอนามัย ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนภายนอกตำบล ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในด้านนี้ ได้แก่ เพศ อาชีพ และศาสนา

กาญจนา บุญทับ (2534 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ระบบครอบครัว รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลรักษาดตนเอง เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคม เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ระบบครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามาถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 22.40

จินตนา รอดนำพา (2535 : 91-93) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ทั้งในสิ่งที่ควรปฏิบัติและสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงชาย และผู้สูงอายุหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพ รับจ้าง เกษตรกร กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรับราชการ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมประกอบกิจการส่วนตัว ในข้อที่ว่าการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเอกชนในข้อที่ว่า การใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก-ข) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกัน ทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภาวดี วายุเหือด (2536 : ก-ข) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง อัดมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า อัดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า อัดมโนทัศน์ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณวรรณ ผาโคตร (2537 : 74-82) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเพื่อการอนุรักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนในระดับปีต่างกันมีอายุต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคตับอักเสบบีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ (2538 : 36-42) ได้ทำการวิจัยเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ และสถานที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

วรพนิต ศุกระแพทย์ (2539 : ก-ข) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างศึกษา เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 183 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อภาวะ สุขภาพ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด ผู้สูงอายุมีความบกพร่องน้อยในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ สำหรับด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีเพียงเรื่องการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันที่มีความบกพร่องมาก ส่วนภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีเพียงเรื่องการชักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องมาก

เอี่ยมเดือน เนตรแจ่ม (2541: 35 - 36) ได้ศึกษาความคิดอัตโนมัตติด้านลบกับความซึมเศร้า ในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัตติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา เรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสุราที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 41-50 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 55 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.66 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.66 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือรายได้ 5,001 – 10,000 บาท

ในปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังโดยตรงนั้นน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุรามาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้คือ

มุกดา วัฒนกุล (2519 : 44 - 45) ได้ศึกษาเรื่อง ผู้ติดสุราและผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในการไฟฟ้านครหลวง โดยสุ่มตัวอย่างพนักงานที่เคยติดสุราหรือป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 118 ราย ศึกษาเฉพาะกรณี 5 ราย และทัศนคติของผู้บังคับบัญชา 35 ราย ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ดื่มสุรา เกิดจากนิสัยของบุคคล มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจและการทำงาน ภาวะจิตใจอ่อนแอ พนักงานส่วนใหญ่เห็นว่าการดื่มสุราทำให้มีเพื่อนมาก เข้าสมาคมได้ดี ลืมทุกข์ได้แต่ถ้าดื่มบ่อย ๆ ในปริมาณมากเกินไปทำให้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและสิ้นเปลืองเงิน พนักงานเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุเฉลี่ย 22 ปี เพราะถูกชักชวน อยากทดลอง ต่อมาดื่มเพราะต้องการลืม ด้วยความเคยชินหรือปฏิเสธคำชักชวนของเพื่อนไม่ได้ ส่วนใหญ่มักดื่มกับเพื่อน ญาติ พี่น้อง พนักงานจำนวนร้อยละ 50 มีความคิดว่าสุราเป็นสิ่งเสพติด และร้อยละ 50 เห็นว่าไม่ใช่สิ่งเสพติด การศึกษาทัศนคติของผู้บังคับบัญชา ต่อการดื่มสุราของพนักงานพบว่าผู้บังคับบัญชามีความเห็นว่าการติดสุรามีสาเหตุมาจากนิสัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ปัญหาครอบครัวและที่ทำงาน การศึกษาเฉพาะกรณีพบว่า พนักงานติดสุราเนื่องมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก มีปัญหาครอบครัว หนี้สินและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งทำให้สุขภาพอ่อนแอ ภายในครอบครัวไม่มีความสุข การทำงานหย่อนสมรรถภาพลง ความมีจิตใจเข้มแข็งและความร่วมมือของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะภรรยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เขาเลิกดื่มสุราได้

หทัย ชิดานนท์ (2530 : ก-ข) ได้ศึกษา การวิเคราะห์สถานภาพ ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศ ได้สำรวจพบว่า ร้อยละ 26 ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปดื่มสุรา ชายร้อยละ 46 หญิงร้อยละ 7 ร้อยละ 60 ของครัวเรือนจะมีผู้ดื่มสุราอย่างน้อย 1 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือดื่มสุรามากที่สุด ชายดื่มสุรามากกว่าหญิงในอัตราส่วน 7.3 : 1

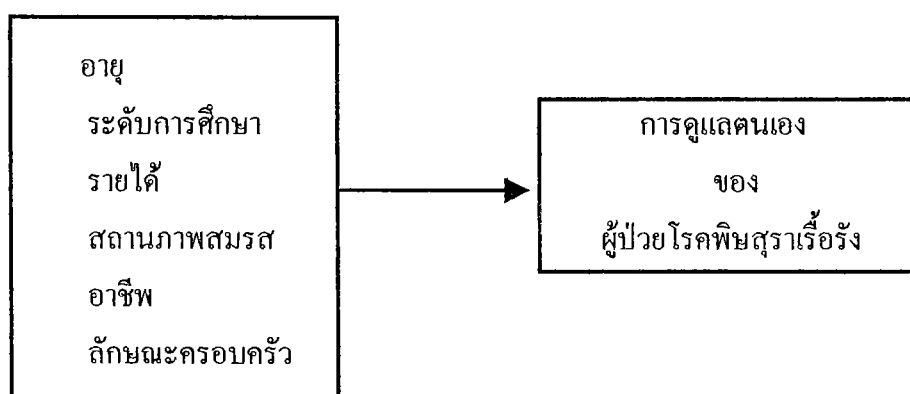
ยุพา ชูสุทธิสกุล (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ผลการศึกษาพบว่าความตั้งใจในการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาก่อนเข้าศึกษา ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้ ที่พักอาศัย พฤติกรรมการดื่มสุราของบิดามารดา

อนงค์ ก้องประวดี (2533 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบการรับรู้ความน่าเชื่อถือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจากโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความน่าเชื่อถือตามข่าวสารในโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ แตกต่างกันตามเพศ ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพกับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง การเคยดื่มและไม่เคยดื่มตามโฆษณา แต่จะไม่แตกต่างกันตามอายุ ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีเครื่องดื่มเป็นประจำ ดื่มเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ จึงดื่ม

อัมพร โอตระกูลและคณะ (2533 : ก-ข) ได้ศึกษาการสำรวจผู้ติดสุราจากผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า อัตราส่วนผู้ป่วยโรคพิษสุรา ชาย : หญิง 30 : 1 อายุเฉลี่ยระหว่าง 40 – 49 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยรายได้ต่ำและเป็นผู้ที่สมรสแล้ว และมีปัญหาครอบครัว (ร้อยละ 91.4) เริ่มดื่มสุราครั้งแรกช่วงอายุ 15 – 24 ปี ร้อยละ 63 และพบประวัติการดื่มสุราของบิดามารดา ควรดำเนินการป้องกันการติดสุราในช่วงกลุ่มอายุที่ชายไทยเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่ม 15 – 24 ปี เนื่องจากมีทัศนคติทำไปเพื่อพิสูจน์ว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่และเป็นชายชาติศรี

อัปสร เตียวตระกูลวัฒน์ (2522 : 129) ได้ศึกษาทัศนคติที่มีต่อยาเสพติดและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของนักศึกษาวิทยาลัยครู ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่เคยดื่มสุรามีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุรา และมีแนวโน้มที่จะทำตามความคาดหวัง หรือการชักจูงจากบุคคลอื่น ๆ ง่ายกว่านักศึกษาที่ไม่เคยดื่มสุรา ทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาได้ โดยมีค่าประสิทธิสหสัมพันธ์พหุคูณ 0.1532 และมีประสิทธิภาพในการทำนายคิดเป็นร้อยละ 2.35 แต่บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเพียงตัวเดียวสามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา ได้ไม่แตกต่าง จากการทำนายด้วยทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง อายุ เพศ ลักษณะที่อยู่อาศัย ระดับผลการเรียน ระดับการศึกษาของมารดาพฤติกรรมของเพื่อนสนิท และตัวนักศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่เคยดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 21 – 22 ปี พักอาศัยอยู่ตามบ้านเช่า วัดหรือกับบุคคลอื่น ๆ นักศึกษาที่เคยดื่มสุรามีผลการเรียนต่ำ มีมารดาที่จบการศึกษาระดับต่ำ แต่จะมีสัดส่วนของมารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามากกว่านักศึกษาอื่น ๆ นักศึกษาที่เคยดื่มสุรามักประกอบพฤติกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสูบบุหรี่ สูบกัญชา เล่นการพนัน หนีเรียน จำนำของ และถูกจับกุมและมีเพื่อนสนิทที่เคยดื่มสุรา จำนำของ เล่นการพนัน เสพกัญชา เสพเฮโรอีน และเสพยาอื่น ระดับการศึกษาของบิดา พฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเล่นการพนันของบิดา มารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ต่างมีความ สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมุติฐานในการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน
7. อายุของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
8. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
9. รายได้ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
11. อาชีพของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
12. ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
13. ตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 611 คน (เวชระเบียนผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์. 2541 : ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 296 ; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1967 : 886 - 887) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 จากสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน .05

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 242 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุกรรมแผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ในบัตรผู้ป่วย (OPD Card) ที่มารับบริการ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำนวน 242 คน

เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งได้ข้อมูลต่าง ๆ โดยการสอบถามและจากเวชระเบียนของงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ซึ่งมีลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของโอเร็ม (Orem.1985,1991) ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามที่เป็นทางบวกและทางลบจำนวน 29 ข้อ โดยข้อที่เป็นด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29 และข้อที่เป็นด้านลบ 9, 10, 11, 12, 13, 15, 26

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถาม ประกอบด้วย ทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

<u>ข้อความทางบวก</u>	<u>คะแนน</u>
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

<u>ข้อความด้านลบ</u>	<u>คะแนน</u>
ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ปฏิบัติเป็นประจำ	0

การแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ต้องปรับปรุงการดูแลตนเอง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบถามตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม คำรา บทความ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความและเอกสารต่าง ๆ
3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาและข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นลักษณะสำรวจข้อมูลแบบสำรวจรายการ (Check list) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณ 3 ระดับ จำนวน 60 ข้อ
4. นำแบบสอบถามให้ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป
5. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

การหาค่าคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปจำนวน 60 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำผลพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50 หรือมากกว่า ได้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 60 ข้อ แล้วนำไปปฏิบัติตามข้อ 2

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Descrimination) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยชายโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ มาตรวจให้คะแนน และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total correlation) เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับหรือมากกว่า 0.2 (สุณีรักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 117) ได้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำนวน 29 ข้อ แล้วนำไปปฏิบัติตามข้อ 3

3. นำข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ จำนวน 29 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.74 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูงเหมาะสมกับการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยตึกอักษณาศาสตร์ พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 จนกระทั่งถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 โดยเก็บข้อมูลเฉลี่ยวันละประมาณ 15-25 คน จนครบ 242 คน และผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 242 ฉบับ มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS / FW (Statistical Package for the Social Science / For Windows) ดังนี้

2.1 นำข้อมูลทั่วไปมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่มโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบโดยทดสอบค่าเอฟ (F- test) One way analysis of variance เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 , 2 , 3, 4, และ 5 และทดสอบค่าที (t-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสองกลุ่มเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ถ้าพบว่าการทดสอบข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีการตรวจสอบ นิวแมน - คูลส์ (Newman - keuls Method)

2.3 หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยใช้การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7, 8, 9, 10, 11 และ 12

2.4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Coefficient of multiple correlation) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อเลือกตัวทำนายที่ร่วมทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ดีที่สุดโดยสถิติถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 13

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ ใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัศนะ. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัศนะ. 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

X^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้างโดยอาศัยคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า เชิงพินิจ (Face validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ห่อออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 124)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :117)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X กับ Y
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	คือ	จำนวนข้อของข้อคำถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ
	S_t^2	คือ	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยการ วิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way analysis of variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
	MS_b	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบว่า มีการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลต์ (Newmanleuls Method) โดยสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 268)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ	q	แทน	ค่า q – statistic
	MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$n = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ	k	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	n_1, n_2, n_k	แทน	จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.2 หาค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยมี df} = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{(n_1-1)} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{(n_2-1)}}$$

เมื่อ t แทนค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t-distribution)
 $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 n_1, n_2 แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
 df แทนชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
 S_1, S_2 แทนค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

3.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ กับการดูแลตนเอง ซึ่งมีสูตรดังนี้ (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 322) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7, 8, 9, 10, 11 และ 12

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
	X	คือ คะแนนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	Y	คือ คะแนนของการดูแลตนเอง
	N	คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นนำมาทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที่ (T – test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 322)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

N	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
df	=	N – 2
r	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

3.4 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ กับการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 13 มีขั้นตอนดังนี้ (สำเริง บุญเรืองรัตน์. 2526 : 33-41)

3.4.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Intercorrelation – r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

3.4.2 ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง กลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple Correlation – r)

3.4.3 คำนวณน้ำหนักเบต้า (Beta Weight - β) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ที่มีนัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สมการถดถอยพหุคูณมีดังนี้

$$Z_y = \beta_{z_1} Z_{x_1} + \beta_{z_2} Z_{x_2} + \dots + \beta_z Z_x$$

เมื่อ Z_y แทน คะแนนที่ตัวแปรเกณฑ์ (ในรูปคะแนนมาตรฐาน) ที่ต้องการทำนาย

β_{z-2} แทน น้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัว

Z_{x-x} แทน คะแนนตัวแปรต้น p ตัวในรูปคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษากันคว่ำ

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t – distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ (F distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
q	แทน	q – statistic
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient)
SEB	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า B
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าที่บอกว่าสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้ โดยตัวแปรอิสระ
p	แทน	ความน่าจะเป็น
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวโดยการหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 ศึกษาอัตราการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยการหาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามตัวแปร ด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม และทดสอบค่าที (t-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม

ตอนที่ 4 หาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับตัวแปร ด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันโปรดักต์โมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวโดยการหาค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 : จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวนคน	ร้อยละ
1. อายุ		
15 – 34 ปี	57	23.60
35 – 54 ปี	117	48.30
55 – 74 ปี	64	26.40
75 ปีขึ้นไป	4	1.70
รวม	242	100.00
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	33	13.60
ประถมศึกษา	96	39.70
มัธยมศึกษา	74	30.60
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	17	7.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	9.10
รวม	242	100.00
3. รายได้		
ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน	48	19.80
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	121	50.00
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	73	30.20
รวม	242	100.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด	46	19.00
คู่	175	72.30
ม้าย	7	2.90
หย่า	6	2.60
แยก	8	3.30
รวม	242	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวนคน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
รับจ้าง	120	49.60
ค้าขาย	22	9.10
เกษตรกร	26	10.70
ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	16.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	14.00
รวม	242	100.00
6. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	183	75.60
ครอบครัวขยาย	59	24.40
รวม	242	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอายุในระหว่าง 35 – 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 39.70 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,000 – 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.30 มีอาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 49.60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 75.60

ตอนที่ 2 ศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยการหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตาราง 2 : ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

เนื้อหา	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
กินยาครบทุกมื้อ	1.79	.56	ดี
กินยาตามแพทย์สั่ง	1.78	.54	ดี
กินผักและผลไม้	1.70	.48	ดี
มาตรวจตามแพทย์นัด	1.62	.67	ดี
ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย	1.56	.60	ดี
ดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและปัญหาของชีวิต	1.48	.67	ดี
แปรงฟันหรือบ้วนปากภายหลังรับประทานอาหาร	1.45	.72	ดี
เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ค่อย ๆ คิด ไม่วิตกกังวลมากนัก	1.45	.65	ดี
เมื่อมีอาการเมาค้างข้าพเจ้าจะดื่มสุราเพิ่มในตอนเช้า	1.44	.81	ดี
ข้าพเจ้าเพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตามอาการมากน้อยของโรค	1.43	.77	ดี
เมื่อต้องการมีความสุข ข้าพเจ้าจะดื่มสุราแปลก ๆ หรือไม่เคยดื่มมาก่อน	1.41	.79	ดี
วางแผนการใช้เงิน รวมทั้งเก็บเงินสะสม	1.32	.77	พอใช้
เมื่ออยู่ตามลำพังข้าพเจ้าจะดื่มสุราแก้เหงา	1.31	.79	พอใช้
สังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย	1.26	.75	พอใช้
พยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนดื่มสุราจากเพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา	1.09	.70	พอใช้
สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน	1.02	.76	พอใช้
ปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล	1.02	.83	พอใช้
ดื่มนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้)	0.86	.64	พอใช้
เมื่อมีอาการคันตามตัว ใช้มือลูบไปมาแทนการแกะเกา	0.79	.80	พอใช้
เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียข้าพเจ้าจะกินอาหารบำรุง สุขภาพ	0.70	.76	พอใช้

ตาราง 2 (ต่อ)

เนื้อหา	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
เมื่อผิวหนังแห้งมากข้าพเจ้าทาครีมหรือน้ำมันที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น	0.62	.75	พอใช้
ดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับโรคพิษสุรา	0.63	.69	พอใช้
ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วย			
ด้วยโรคพิษสุรา	1.09	.72	ปรับปรุง
ร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อน	0.63	.66	ปรับปรุง
ดื่มเหล้า เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคพิษสุราหรือผู้ที่มีประสบการณ์	0.62	.75	ปรับปรุง
อ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคพิษสุรา	0.52	.69	ปรับปรุง
ฟังการสอนดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุรา	0.53	.67	ปรับปรุง
รวม	1.14	.25	พอใช้

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลตนเองเท่ากับ 1.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .25 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดพบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ได้แก่ กินยาครบทุกมื้อ ($\bar{X} = 1.79$) กินผักและผลไม้ ($\bar{X} = 1.70$) สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ($\bar{X} = 1.63$) และการมาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 1.62$) กินยาตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 1.78$) ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 1.56$) ดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและปัญหาของชีวิต ($\bar{X} = 1.48$) แปรงฟันหรือบ้วนปากภายหลังรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 1.45$) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ข้าพเจ้าค่อย ๆ คิดไม่วิตกกังวลมากนัก ($\bar{X} = 1.45$) เมื่อมีอาการเมาค้างข้าพเจ้าจะดื่มสุราเพิ่มในตอนเช้า ($\bar{X} = 1.44$) ข้าพเจ้าเพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตามอาการมากน้อยของโรค ($\bar{X} = 1.43$) เมื่อต้องการมีความสุข ข้าพเจ้าจะดื่มสุราแปลก ๆ หรือไม่เคยดื่มมาก่อน ($\bar{X} = 1.41$)

การดูแลตนเอง ในระดับพอใช้ ได้แก่ การวางแผนการใช้เงินรวมทั้งเก็บเงินสะสมไว้ใช้ในอนาคต ($\bar{X} = 1.32$) เมื่ออยู่ตามลำพังข้าพเจ้าจะไม่ดื่มสุราแก้เหงา ($\bar{X} = 1.31$) ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนดื่มสุราจากเพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา ($\bar{X} = 1.09$) ข้าพเจ้าปรึกษาหรือซักถาม

ข้อสงสัยของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล ($\bar{X} = 1.09$) สังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย ($\bar{X} = 1.26$) สวมหน้ากากไว้พระก่อนนอน ($\bar{X} = 1.02$) คัดนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้) ($\bar{X} = 0.86$) เมื่อมีอาการคันตามตัว ใช้น้ำอุ่นไปมาแทนการแกะเกา ($\bar{X} = 0.79$) เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียข้าพเจ้าจะกินอาหารบำรุงสุขภาพ ($\bar{X} = 0.70$) เมื่อผิวหนังแห้งมากข้าพเจ้าทาครีมหรือน้ำมันที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ($\bar{X} = 0.62$) ดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.63$)

การดูแลตนเองที่ต้องได้รับการปรับปรุง เรียงลำดับข้อความที่ปฏิบัติดังนี้ ฟังการสอนสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.37$) หาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหรือผู้ที่มีประสบการณ์ ($\bar{X} = 0.52$) อ่านหนังสือโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.53$) ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เบียร์หรือแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 0.62$) ข้าพเจ้าร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อนและข้าพเจ้าศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.63$) ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 1.09$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test)

ตาราง 3 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว

อายุ	N	$\bar{X}$	S
15 – 34 ปี	57	1.1385	.2652
35 – 54 ปี	117	1.1267	.2705
55 – 74 ปี	64	1.1649	.2179
75 ปีขึ้นไป	4	1.2069	.2144
รวม	242	1.1409	.2547

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง โดยจำแนกตามอายุ 4 กลุ่ม คือ 15 – 34 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.1385 ($S = .2652$) 35 – 54 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.1267 ($S = .2705$) 55 – 74 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.1649 ($S = .2179$) 75 ปีขึ้นไป 1.2069 ($S = .2144$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.0780	.0260	.3978	.7547
ภายในกลุ่ม	239	15.5572	.0654		
รวม	242	15.6352			

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน

ตาราง 5 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	33	1.0982	.2325
ประถมศึกษา	96	1.1315	.2565
มัธยมศึกษา	74	1.1445	.2425
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	17	1.1582	.2295
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	22	1.2210	.1662
รวม	242	1.1409	.1211

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจำแนกตามระดับการศึกษา 5 กลุ่ม คือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.0982 ($S = .2325$) ระดับประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.1315 ($S = .2771$) ระดับมัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.1445 ($S = .2563$) ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า คะแนนเฉลี่ย 1.1582 ($S = .2310$) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คะแนนเฉลี่ย 1.2210 ($S = .1885$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 : การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.2158	.0540	.8294	.5076
ภายในกลุ่ม	238	15.4193	.0651		
รวม	242	15.6352			

จากตาราง 6 ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราแตกต่างกัน

ตาราง 7 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 3,000 บาท	48	1.1243	.2417
3,000 – 8,000 บาท	121	1.1576	.2679
มากกว่า 8,000 บาท	73	1.1242	.2418
รวม	242	1.1409	.2547

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจำแนกตามรายได้ของครอบครัว 3 กลุ่ม คือ ต่ำกว่า 3,000 บาท คะแนน

เฉลี่ย 1.1243 ($S = .2417$) 3,000 – 8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.1576 ($S = 0.2679$) มากกว่า 8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.1242 ($S = .2418$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 : การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.0673	.0336	.5163	.5974
ภายในกลุ่ม	240	15.5679	.0651		
รวม	242	15.6352			

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน

ตาราง 9 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S
โสด	46	1.1402	.2327
คู่	175	1.1405	.2612
หม้าย	7	1.1773	.2936
หย่า	6	1.0402	.0737
แยก	8	1.1983	.3143
รวม	242	1.1409	.2547

จากตาราง 9 แสดงว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามสถานภาพสมรส 5 กลุ่ม คือ โสด คะแนนเฉลี่ย 1.1402 ($S = .2327$) คู่ คะแนนเฉลี่ย 1.1405 ($S = .2612$) หม้าย คะแนนเฉลี่ย 1.1773 ($S = .2936$) หย่า คะแนนเฉลี่ย 1.0402 ($S = .0737$) แยก คะแนนเฉลี่ย 1.1983 ($S = .3143$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 : การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.0965	.0241	.3679	.8314
ภายในกลุ่ม	238	15.5387	.0656		
รวม	242	15.6352			

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน

ตาราง 11 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S
รับจ้าง	120	1.1195	.2543
ค้าขาย	22	1.1850	.2296
เกษตรกร	26	1.1751	.2545
ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	1.1879	.2587
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	1.1065	.2666
รวม	242	1.1400	.2547

จากตาราง 11 แสดงว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามอาชีพ 5 กลุ่ม คือ รับจ้าง คะแนนเฉลี่ย 1.1195 ($S = .2543$) ค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 1.21850 ($S = .2296$) เกษตรกร คะแนนเฉลี่ย 1.1751 ($S = .2545$) ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 1.1879 ($S = .2587$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ คะแนนเฉลี่ย 1.1065 ($S = .2666$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 : การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4	.2565	.0641	.9883	.4146
ภายในกลุ่ม	238	15.3786	.0649		
รวม	242	15.6352			

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังแตกต่างกัน

ตาราง 13 : ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	N	$\bar{X}$	S	t	p
ครอบครัวเดี่ยว	183	1.1315	.2520	-1.010	.649
ครอบครัวขยาย	59	1.1701	.2630		
รวม	242	2.3016	0.5150		

จากตาราง 13 แสดงว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะครอบครัว 2 กลุ่ม คือ ครอบครัวเดี่ยว คะแนนเฉลี่ย 1.1315 ($S = .2520$) ครอบครัวขยาย คะแนนเฉลี่ย 1.1701 ($S = .2630$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีครอบครัวต่างกัมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง กับตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 : การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ ศึกษากับการดูแลตนเอง	N	r	p
อายุ			
15 – 34 ปี	242	-0.0050	0.9360
35 – 54 ปี	242	-0.0540	0.4030
55 – 74 ปี	242	0.0560	0.3820
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	242	-0.0670	0.3010
ประถมศึกษา	242	-0.0300	0.6400
มัธยมศึกษา	242	0.0090	0.8870
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	242	0.0190	0.7720
รายได้			
ไม่เกิน 3,000 บาท	242	-0.0330	0.6140
3,000 – 8,000 บาท	242	0.0660	0.3100

ตาราง 14 (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	N	r	p
สถานภาพสมรส			
โสด	242	-0.0010	0.9830
คู่	242	-0.0030	0.9660
หม้าย	242	0.0250	0.7020
หย่า	242	-0.0630	0.3280
อาชีพ			
รับจ้าง	242	-0.0830	0.1960
ค้าขาย	242	0.0550	0.3960
เกษตรกรรม	242	0.0470	0.4710
รับราชการ	242	0.0820	0.2020
ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวเดี่ยว	242	-0.0650	0.3130

จากตาราง 14 แสดงว่า ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 - 12 ที่ว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพและลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังใช้วิธีวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพและลักษณะครอบครัว ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพและลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตามตัวแปร อายุ รายได้ ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ในตัวแปร ด้านอายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว
4. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายตัวแปร อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มารับรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยอายุรกรรม แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการดูแลตนเอง มี 2 ตอน คือ
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส เอฟ ดับบลิว (Statistical Package for the Social Science/For Windows หรือ SPSS/FW) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยการหาค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 ศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยการหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

ตอนที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง กับตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson product – moment correlation coefficient)

ตอนที่ 4 หาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับตัวแปรด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันโปรดักต์โมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลจากการศึกษาค้นคว้าการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 242 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 35 – 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.70 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,000 – 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.30 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 49.60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 75.60

ตอนที่ 2 ผลจากการศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลตนเองเท่ากับ 1.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .25 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (วิเชียร เกตุสิงห์ . 2538 : 10) แสดงว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คือ กินยาครบทุกมื้อ ($\bar{X} = 1.79$) กินผักและผลไม้ ($\bar{X} = 1.70$) สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อ่อนเพลีย เมื่ออาหาร ($\bar{X} = 1.63$) และ การมาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 1.62$) กินยาตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 1.78$) ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 1.56$) ดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและปัญหาของชีวิต ($\bar{X} = 1.48$) แปร่งฟันหรือบ้วนปากภายหลังรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 1.45$) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ข้างพเจ้าค่อย ๆ คิดไม่วิตกกังวลมากนัก ($\bar{X} = 1.45$) เมื่อมีอาการเมาค้างข้างพเจ้าจะดื่มสุราเพิ่มในตอนเช้า ($\bar{X} = 1.44$) ข้างพเจ้า

เพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตามอาการมากน้อยของโรค ($\bar{X} = 1.43$) เมื่อต้องการมีความสุข ข้าพเจ้าจะดื่มสุราแปลก ๆ หรือไม่เลยดื่มมาก่อน ($\bar{X} = 1.41$)

การดูแลตนเอง ในระดับพอใช้ ได้แก่ การวางแผนการใช้เงินรวมทั้งเก็บเงินสะสมไว้ใช้ในอนาคต ($\bar{X} = 1.32$) เมื่ออยู่ตามลำพังข้าพเจ้าจะไม่ดื่มสุราแก้เหงา ($\bar{X} = 1.31$) ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนดื่มสุราจากเพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา ($\bar{X} = 1.09$) ข้าพเจ้าปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล ($\bar{X} = 1.09$) สังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย ($\bar{X} = 1.26$) สวดมนต์ ไ้พระก่อนนอน ($\bar{X} = 1.02$) ดื่มนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้) ($\bar{X} = 0.86$) เมื่อมีอาการคันตามตัว ใช้มือลูบไปมาแทนการแกะเกา ($\bar{X} = 0.79$) เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียข้าพเจ้าจะกินอาหารบำรุงสุขภาพ ($\bar{X} = 0.70$) เมื่อผิวหนังแห้งมากข้าพเจ้าทาครีมหรือน้ำมันที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ($\bar{X} = 0.62$) ดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.63$)

การดูแลตนเองที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง เรียงลำดับข้อความที่ปฏิบัติดังนี้ ฟังการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.37$) หาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังหรือผู้ที่มีประสบการณ์ ($\bar{X} = 0.52$) อ่านหนังสือโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.53$) ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เบียร์หรือแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 0.62$) ข้าพเจ้าร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อนและข้าพเจ้าศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 0.63$) ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา ($\bar{X} = 1.09$)

สรุป ผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ (Mean = 1.14 SD = .25)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตามตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว กับการดูแลเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง กับตัวแปร ด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันโปรดักส์โมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient)

1. อายุของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. รายได้ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. อาชีพของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลเป็นส่วน ๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 35 - 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 39.70 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 3,000 – 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.30 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 49.60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 75.60 สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญสุวรรณ (2535 : 173-185) ที่พบว่ากลุ่ม ประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มักไม่มีความรู้ มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องด้านสุขภาพก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระดับการศึกษาสูงมีผลทำให้การปฏิบัติด้านสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาค่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาค่ำจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการแพทย์ และสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาค่ำ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีการดูแลตนเองโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการส่งเสริมสุขภาพความมีพัฒนาการ เช่น การแปรงฟันบ้วนปาก ภายหลังรับประทานอาหาร เมื่อมีอาการคันใช้มือลูบไปมาแทนการเกา เมื่อผิวหนังแห้งมากจะทาครีมที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียจะกินอาหารบำรุงสุขภาพ สังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย ยกเว้นการดื่มสุรา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีกิจกรรมทางสังคม แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ตัดตนเองออกจากสังคม ผู้ป่วยยังคงร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อน ไม่หลีกเลี่ยงการชักชวนการดื่มสุราจากเพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา ดังนั้นผู้ป่วยเมื่ออยู่ระหว่างการรักษาก็สามารถจะเลิกดื่มสุราได้แต่เมื่อออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ในสังคมแบบเดิม ๆ ต้องเจอเพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน เมื่อเจอปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวก็จะหันไปดื่มสุราอีก สอดคล้องกับการศึกษาของฟอร์ทีเนส และฮอโลเด วอร์เรส (เอี่ยมเดือน เนตรแขม 2541 : 43 อ้างอิงมาจาก Fortinash and Holoday Worrest. 1996) ที่ทำการศึกษการเลิกดื่มสุราของผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ที่เลิกดื่มสุราได้แล้วจะหวนกลับไปดื่มสุราอีก อย่างน้อย 3-4 ครั้งก่อนจะสามารถเลิกดื่มได้ และยังพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้เสพยาเสพติดเรื้อรังหวนกลับไปดื่มสุราอีก คือ การมีอารมณ์ในทางลบ ความขัดแย้งในตนเอง และความกดดันทางสังคมในด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการจะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง อาจเป็นเพราะสัญญาณการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องการวิธีที่จะทำให้ตัวเองดำรงชีวิตได้ปลอดภัย เช่น การไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การมาตรวจตามนัด ไม่ดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและ

ปัญหาชีวิต การปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการรับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตามอาการมากน้อยของโรค และสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำแนกตามตัวแปรอิสระ 6 ตัว คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว

จำแนกตามอายุ

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ อังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำเรื้อรัง พบว่าอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบแก้ว กุศลวิธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี จำนวน 244 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มและกลางคน มีการดูแลตนเองด้านการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้สูงอายุ

จากการที่กล่าวมาอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงปริมาณและวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลต้องการ และมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จะมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นกับตัวแปรซึ่งไม่เป็นตาม ข้อคิดเห็นของ คาส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 249) ที่กล่าวว่า อายุอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ นั้นจะมีผลไปถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพด้วย สอดคล้องกับ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 88) กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษากลุ่มตัวอย่างโรคพิษสุราเรื้อรังที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 35-54 ปี ร้อยละ 48.30 และช่วงอายุ 55-74 ปี ร้อยละ 26 เป็นกลุ่มช่วงอายุที่มีมากที่สุด ทั้งนี้เพราะวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รับผิดชอบการกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี สามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง (Lambert & Lambert 1979 : 210) ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดของ โอเรม (Orem 1991 : 136-137) ที่กล่าวว่า ความสามารถที่จะกระทำการกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และอายุยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

การแปลความหมายความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างกันตามระดับของพัฒนาการ นอกจากนี้อายุยังเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดด้วย (Orem 1985 : 255-256)

จำแนกตามระดับการศึกษา

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่จำ (2536: 130) ได้ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง ผลการศึกษพบว่าบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาส่วนกลางที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ สุริจันทร์ขวงส์ (2532 : 84) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อุบล ดุลยาภรณ์ (2533 : 99) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต้องงานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มุห์เลนแคมป์ และ โบรเออร์แมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 637-646) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คอคเคอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่าระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า ไม่ว่าการศึกษาอยู่ในระดับใดก็ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.70 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.60 ระดับการศึกษาที่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถพัฒนาตนให้เจริญสู่ภาวะสามารถพึ่งพาตนเองได้ดี ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ เข้าใจง่าย และใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้ว มาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ดีกว่า (Jalowise & Powers 1981 : 10-15) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีความสามารถในการดูแล

ตนเองได้ใกล้เคียงกัน ประกอบกับผู้ป่วยจึงได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากแพทย์ พยาบาลในเรื่องเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีแนวทางในการดูแลตนเองที่คล้ายคลึงกัน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจึงไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน เพราะเมื่อบุคคลกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความผาสุก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem. 1985 : 106)

จำแนกตามรายได้

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุรา เรื้อรังไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่ จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำหรือมีรายได้น้อย จึงไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองมากนัก ส่วนใหญ่จะมุ่งความสนใจไปกับการหาเงินมาเลี้ยงชีพ เพื่อความอยู่รอดของตนเองไปกันหนึ่ง ๆ เท่านั้น เรมวล นันทสุวัฒน์ (2524 : 11) ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูงหรือมีรายได้มาก ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตอย่างเพียงพอแล้ว จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น เพื่อให้มีชีวิตที่เป็นสุข สะดวก มั่นคง และปลอดภัยยิ่งขึ้น เมื่อเจ็บป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมาก ผู้มีโอกาที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย 3,000-8,000 บาท ร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาคะแนนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ทั้ง ๆ ที่รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย 3,000-8,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับ คอคเกอร์แฮม (Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่รายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้อง ต่างกับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศิริราช มีบัตรสงเคราะห์ มีนักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายา, ค่าตรวจต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามแผนรักษาได้ในระดับพอใช้ โดยพบว่า กินยาครบทุกมื้อ ($\bar{X} = 1.79$) กินยาตามแพทย์สั่ง ($\bar{X} = 1.78$) กินผักและผลไม้ ($\bar{X} = 1.70$) มาตรวจตามนัด ($\bar{X} = 1.62$) ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{X} = 1.56$)

จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ อัสรา อวารณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 95) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวิชัยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่าง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันสามารถอธิบายได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจะมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นกับตัวแปรสถานภาพสมรส ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อคิดเห็นของ คลิงเกอร์ (Klinger. 1984 : 33) พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของ ไฮน์ เซลมานน์ (Hein zelnamm. 1970 : 907) พบว่าคู่สมรสมีส่วนสนับสนุนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่มีคู่สมรสจึงมีคู่สมรสอยู่คอยช่วยเหลือดูแลทำกิจกรรมต่าง ๆ และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นวัยที่ถูกหลานจะคอยช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านโภชนาการ จัดการและควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงทำให้เกิดโรคซ้ำซ้อน และคอยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ก็ตาม จึงมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่าง

จำแนกตามอาชีพ

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 5 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาจินตนา รอดนำพา (2533 : 93) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน คืออาชีพรับจ้าง เกษตรกร ประกอบอาชีพ

กิจกรรมส่วนตัว รับราชการ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพมีการดูแลโดยรวมไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันสามารถอธิบายได้ว่า การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจะมากหรือน้อย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรอาชีพซึ่งไม่เป็นไปตามข้อคิดเห็นของ คาส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 249) ที่กล่าวว่า อาชีพและวัฒนธรรมประเพณีอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ นั้นจะมีผลไปถึงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ จาโลวิกและเพาเวอร์ (Jalowic and Power. 1981 : 10-15) อาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวกับงานสุขภาพอนามัย

จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 6 และตรงกันข้ามกับการศึกษาของ ริชาร์ดสัน (Richardson. 1981 : 159 -174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม พบว่าการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวเดี่ยวหญิงตั้งครรภ์ จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย กาญจนาน บุญทับ (2534 : 56) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการพบว่าระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย จากการศึกษาครั้งนี้ขออธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรมไทยนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์ไม่ต่างกันมากนัก ยังมีการช่วยเหลือสนับสนุนอยู่เหมือนเดิม แม้ว่าคู่สมรสจะแยกมาเป็นครอบครัวเดี่ยวแล้วก็ตาม แต่บุคคลเหล่านี้ไม่ได้อยู่ตามลำพัง เพราะสังคมไทยมีลักษณะการอยู่อาศัยแบบเครือญาติไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 90) ถึงเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวแต่ก็เป็นการอยู่ใกล้ชิดเคียง มีการไปมาหาสู่กันตลอดเวลา มีความผูกพันกับเพื่อนบ้านและญาติพี่น้อง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว

1. อายุของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐริย์ จันทเพชร (2536 : 62) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แตกต่างจากการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา คันทิศศักดิ์ (2535 : ค : ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี จำนวน 160 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวดี โขนิมิตทาภิวัฒน์ (2534 : 54-55) ศึกษาปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรัง ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้อหินชนิดเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของลันด์แมน และคนอื่นๆ (Lundman, et al. 1990 : 259) ที่พบว่าคุณภาพของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุมาก ดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความรู้เกี่ยวกับโรค รู้สึกขาดความเป็นอิสระ รู้สึกไม่ปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมากกว่า ซึ่งเป็นผลให้การกระทำการดูแลตนเองมีคุณภาพน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า

2. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 8 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แตกต่างจากการศึกษาของ เรมวถ นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ศึกษาความ

สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน รัตนา มาศเกษม (2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู ภัทรา จุลวรรณ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกันคือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแม้จะอยู่ในขั้นต่ำคือ คือ อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา แต่ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งรู้จักใช้บริการด้านการแพทย์ได้ในระดับพอใช้ การขาดความรู้ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ (ณรงค์ เทียนส่ง. 2519 : 969) ประกอบกับผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากแพทย์พยาบาลในเรื่องเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีแนวทางการดูแลตนเองที่คล้ายคลึงกัน

3. รายได้ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 9 สอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-51) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แตกต่างกับการศึกษาของสุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 57-63) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมือง ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ และการศึกษาของบุคคล พึงวงศ์ญาติ (2534 : 79-92) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยในระดับต่ำ คือ 3,000-8,000 บาท ไม่สามารถมีโอกาสดำรงอาชีพอันเหมาะสมสบาย หรือสิ่งจำเป็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้ดีเพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มาก รู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี จึงมีการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยที่มักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้มีการ ดูแลสุขภาพลดลง (Caldwell and othes. 1970 : 587)

แสดงว่าไม่ว่ารายได้ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจะอยู่ในระดับใดก็ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง อาจเป็นเพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะมีรายได้ที่แตกต่างกันย่อมต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อโรค โดยเฉพาะโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องได้รับการติดตามรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างสม่ำเสมอ เมื่อภาวะโรคเลวลงอยู่ในระยะกำเริบ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ที่เกิดจากการไม่ได้ประกอบอาชีพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Sexton & Munro 1985 : 86) รวมทั้งเกิดความยากลำบากในการรักษา บทบาทและหน้าที่ที่มีต่อครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์กังวล และคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้นและปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ก็พบว่าหน่วยสังคมสงเคราะห์ช่วยให้ได้รับบริการรักษาฟรี จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะมียาได้ที่แตกต่างกัน จากเหตุผลดังกล่าวทำให้รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

4. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โตประเสริฐสวัสดิ์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลอดลมอุดตันเรื้อรัง พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม และกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และสิรินทร์ ศาสตราบุรุษ (2538 : 6) ศึกษาผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกับการศึกษาของ อารมณ วุฒิพฤษและคณะ (2529-2530 : 39) ศึกษาผลการวิจัยศึกษารายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-51) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาของ รัตนา ทองสวัสดิ์ (ถัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล 2528 : 88 อ้างอิงมาจาก รัตนา ทองสวัสดิ์ 2531) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่พบสาเหตุ จำนวน 200 ราย โดยการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัย

หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านการความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งการปฏิบัติตนพัฒนาการของชีวิต การรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมทั้งการปฏิบัติตนพัฒนาการของชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพคู่จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายได้ดีกว่า ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67-68) และแรงสนับสนุนจากคู่สมรสหรือครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 42-43) ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรส คู่ หม้าย หย่า แยก และ โสด ก็ไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักได้รับความรัก ความเข้าใจ สนใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน อันจะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 41) แต่ในการศึกษครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้อาจได้รับการดูแลจากคู่สมรสและผู้ป่วยเองมักคาดหวังและยินยอมให้คู่สมรสคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้พฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้ขาดคู่คิดหรือขาดบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือค่าเงิน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้นเมื่อสมาชิกของครอบครัวที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่เกิดการเจ็บป่วยและไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนก่อน สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะเข้ารับบทบาทแทน สังคมไทยซึ่งมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (สุพัตรา สุภาพ 2524 : 40) และถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะขาดผู้ให้ความรักและการดูแลใกล้ชิด แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าตนเองไม่มีใครช่วยเหลือ จึงต้องพึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งของผู้อื่น

5. อาชีพของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 11 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 147) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และศาสนา เลื่อนวงษ์ (2540 : 136) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการศึกษาของโคเบิร์น และ โปป (Coburn and Pope. 1974 : 67-77) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัว

และเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ซึ่งศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกันคือ รับจ้าง เกษตรกร ประกอบอาชีพส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ สภาพอาชีพและการทำงานแบบพึ่งพาตนเองโดยอิสระ ต้องเดินทางไปมาเปลี่ยนสถานที่ทำงานบ่อย ๆ โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีน้อย และเนื่องจากต้องมุ่งความสนใจไป ในทางหาเงินมาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว จึงไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องที่จะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง อาชีพของบุคคลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจดี มีการศึกษาระดับสูง มีโอกาสเลือกประกอบอาชีพที่ดีมีรายได้สูง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ไม่ต้องกังวลต่อการดำเนินชีวิต มีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้า จึงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอ

6. ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 12 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ริชาร์ดสัน (นฤมล ศรีสม, 2541 : 77 อ้างอิง Richardson, 1981 : 159 – 174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม พบว่าการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติครอบครัวเดี่ยว หญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย อธิบายได้ว่าเนื่องจากลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรมของคนไทยนั้นความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์ไม่แตกต่าง ยังมีการช่วยเหลือสนับสนุนเหมือนเดิม

ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

จากตัวแปรที่ศึกษา ไม่มีตัวแปรใดร่วมกันทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้ ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยที่ศึกษานั้น อาจไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญที่จะสามารถใช้ในการทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการจัดโปรแกรมสุขภาพ หรือผู้ให้สุขภาพ ควรให้ความสนใจและปรับปรุงโดยนำปัญหาการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่พบจากการศึกษานี้ไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่ อายุ 35-54 ปี ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ รายได้ครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ 3,000-8,000 บาท โอกาสที่จะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่มีน้อย จึงควรให้มีการกระจายเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุราผ่านสื่อมวลชนทุกแขนงเพื่อให้เกิดความแพร่หลายไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วย ญาติ เพื่อนฝูง ของผู้ป่วยตลอดจนบุคคลปกติที่ไม่ได้เป็นโรคนี้ เช่น นิสิต นักเรียน นักศึกษา

3. ข้อจำกัดในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นเพศชายเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นเพศหญิงได้

นอกจากนี้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีเพียง 2 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป และด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ สำหรับด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการไม่มีแบบสอบถาม ทำให้การถามไม่ครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านนี้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เช่น ปัจจัยทางจิตสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของสังคม และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

2. ควรมีการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราทั้งเพศหญิงและเพศชาย เพื่อให้ผลการวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชายในหน่วยบริการอื่น ๆ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กอบแก้ว คุณตวัศ. ปัจจัยที่ผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กรอส, ลีโอเนิร์ด. เห็ด. แปลและเรียบเรียงโดยสถาพร ศรีเมฆ. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์แม่น้ำ, 2535.
- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการ
ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2532. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราน. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และคนอื่น ๆ. คำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศ
ทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศ
เพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนัก
นายกรัฐมนตรี.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- คณะอุตสาหกรรมเกษตรเชียงใหม่, มหาวิทยาลัย. โครงการเผยแพร่ความรู้และผลงานทางวิชาการ
ผ่านหนังสือพิมพ์ “เชื่อหรือไม่ คนไทยหมดเงินไปกับสุรากว่าแสนล้านบาทต่อปี.”
เดลินิวส์. 29 กันยายน พ.ศ. 2541 หน้า 12.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผน
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544. ม.ท.ป.

- จนพะจง เพ็ญจาก. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- จินตนา รอดนำพา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เจษฎา ณ ระนอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ชูศรี หงษ์ตระกูล. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ชูศรี วงษ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ณรงค์ เทียนส่ง. “การเพิ่มประชากร การตัดสินใจทางประชากรของแต่ละบุคคลกับคุณภาพชีวิต,” ในหนังสืออุทิศประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : มงคลการพิมพ์, 2519.

คารากร แซ่ไคว้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อคติทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

เต็มชัย ไชยวุฒิ. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2541.

ถนอมวรรณ อยู่จำ. พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากร สังกัดกรมพลศึกษาใน

ส่วนกลาง. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร. 2536 อัดสำเนา.

ทรงพล ตอนี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่

ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี.

ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด,

2533.

ทัศนา บุญทอง. “แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน,” สภากา

พยาบาล, 6 (2) : 11-19 ; 2534.

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการการตรวจรักษาในแผนกตรวจ

โรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

ธนวรรณ อัมสมบุญ. “การประเมินผลงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” วารสารสุขภาพศึกษา, 8(29) : 24-26 ; เมษายน-พฤษภาคม 2528.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ พันธศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.

ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซต, 2536.

ธวัชชัย คำทอง. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปาก

พะยูน จังหวัดพัทลุง ปรินิพนธ์ ศศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สงขลา, 2533.

นงนุช บุญยัง. ภาระในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

นวลอนงค์ วิชิฎสุนทร. “โภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคตับและทางเดินน้ำดี,” วารสาร โภชนบำบัด.

61-71 : พฤษภาคม – สิงหาคม 2534.

นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2529.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นิตยา ภิญโญคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.

นิตยา เ็นฉ่ำ. ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อคงสุขภาพของบุคลากรชายใน

โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,

2535. อัดสำเนา.

นิรนาท วิทโยชิตคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนก

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

- ประกิจ รอดประเสริฐ. อันตรายของการดื่มสุราและวิธีการเลิกดื่ม. เสนอในที่ประชุมสัมมนาเพื่อ
ลดอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุรา วันที่ 24 กรกฎาคม 2534 ณ ห้องประชุมเอนกประสงค์
โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพมหานคร, 2534.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล,
2525.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
อัคราณา.
- ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัคราณา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติและการวัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
- _____. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์พีระพัฒนา. 2532.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ
ลักษณะของประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคในอำเภอดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัคราณา.
- พยอม อิงคานุวัฒน์. ศัพท์จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศิลปการพิมพ์, 2525.
- พรนิภา ชัยโกศล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัคราณา
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
ฟิงเกอร์ปรีน แอนด์มีเดีย, 2536.
- พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การดูแลสุขภาพตนเองที่สนใจทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ :
ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- _____. “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทกรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน,”
ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

พิสมัย พัทธการวรากร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนก

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. “การดูแลสุขภาพตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน,” ในการดูแลสุขภาพ

ตนเองทั้งทางสังคมและวัฒนธรรม. บรรณาธิการ โดย พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี

กวีวงศ์ ประเสริฐ และอรุณญาปรณ์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2530.

เพ็ญศรี เกิดนาค. วิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัด

นนทบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,

2534. อัดสำเนา.

ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

ภุชงค์ คุณทลบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชาชนในหมู่บ้าน

ประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

มุกดา วัฒนกุล. ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในการไฟฟ้านครหลวง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519.

ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทใน

จังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

ชลสววย วาริตสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อความรู้ความ

เข้าใจและพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร.

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

บุพา ชุตติสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราของ

นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

เยาวลักษณ์ เลหาจินดา. “สหสัมพันธ์,” ในวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ :

วิคตอรีเพาเวอร์พอยท์, 2532.

- รัชสุริย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการ กับความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- เรมวณ นันทสุภวัฒน์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ คม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ลักคาวลัย ชานวิฑิตกุล. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- วรพนิต สุกระแพทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- วรณวรรณ ผาโคตร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพฯ ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- วัชรภรณ์ อุทโยภาส. การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อคลี่คลายพิษสุราภาวะวิกฤต กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2540.
- วาสนา เกื่อนวงษ์. พฤติกรรม自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- วิชัย โปษยะจินดา. สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา และแนวทางการแก้ไขสถานบริการของรัฐในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- _____. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 8 (3) : 9; กุมภาพันธ์ – มีนาคม, 2538.

- ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุภกรณ์ วิณันท์ และสามารณ นิธินันท์. การศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเรื้อรัง. รายงานการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสมทบ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- ศุภาวดี วายุเหือด. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ศรีนครินทร์วิโรฒ,มหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หจก. โอเคียสแควร์, 2534.
- ศรีวงศ์ หะวานนท์ และอรพรรณ เมธาธิกุล. Alcohol Related Problems. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ที่สำนักงานอชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคนอื่นๆ “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ,” มหาวิทยาลัยมหิดล, 2(1) : 88-96 ; มกราคม – มีนาคม 2538.
- สมจิต หนูเจริญกุล. “การดูแลสุขภาพตนเองในพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก,” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง.
- สมจิต หนูเจริญ และประคองอินทรสมบัติ. “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญโรค ความเชื่อในอำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา,” วารสารพยาบาล 4 : 222-236 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2531.
- สมทรง รักษ์เผ่า “การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน,” ข่าวการดูแลสุขภาพตนเอง, สิงหาคม 2534.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.
- _____. รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.

- สมใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถิติสาธารณสุข. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2532 – 2536.
- สิรินทร ศาสตราภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุธีรา आयวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ขนิษฐการพิมพ์, 2527.
- สุภาภรณ์ ค้วงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุนน สุตะชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2528.
- สุรี ชันธรักษวงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สุที ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เขต กรุงเทพมหานคร.

สุวัฒนา อารีพรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524
 ลำเนา เรืองยศ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตนโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
 เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และเอนกกุล กริแสง. หลักการเบื้องต้นของการวัดผลทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2519.

หทัย ชิตานนท์. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529-2530.

อนงค์ ก้องประวดี. การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความน่าเชื่อถือเครื่องคิดเลขอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจากโฆษณาเครื่องคิดเลขอิเล็กทรอนิกส์ ทางโทรทัศน์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

อรพรรณ เมธาธิกกกุล. การบริโภคสุราของคนงานก่อสร้างในประเทศไทย. สำนักงานอาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, กรุงเทพฯ : 2533.

อังฉรา จังพานิช. แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541.

อังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

อัปสร เตียวตระกูลวัฒน์. ทัศนคติที่มีต่อยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายของนักศึกษาครู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.

อัมพร โอตระกูล และคณะ. การสำรวจผู้ติดสุราจากผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

อัสรา อวรรณ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

อารมณ วุฒิฤกษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษา สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 – 2530.

- อารีย์ เชียรประมุข. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ปรียญานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534. อุดตานา.
- อุบล ตฤยาภรณ์. ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. ปรียญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อุดตานา.
- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- อุบล เลี้ยววารินทร์. ความสัมพันธ์ของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรียญานิพนธ์การศึกษาศาสตร์ดุขภูิบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดตานา.
- เอี่ยมเดือน เนตรแถม. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541. อุดตานา

Alex Paton. ABC of Alcohol. Universities Press, Belfast, 1988.

Ajizen,I.and M.Fishbein. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior, Englewood Cliffs, N.J. : Practice-Hall, 1980.

Becker, MH. "The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory,"Health Education Monographs. 2 : 336-385 ; winter, 1974.

Becker,MH and Maiman,LA. "Social Behavioral Determinants of Complicant with Health and Medical Care Reccommendation," Medical Care. 13 : 10-20; January, 1975.

Becker,MH. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 348-366; Deccmber, 1977.

Bloom, Benjamin S. Taxonomy of Education Objective. New York : David Mckay Company, 1970.

Brook SD. Harford TC. Occupation and Alcohol-related Causes of Death. Drug and Alcohol Dependence. Febuary, 1992.

Brush PJ and Iannotti RJ. "A Children's Health Belief Model," Medical Care. 28 : 69-86; January, 1990.

- Caldwell, J.R. et al. "The Dropout Problem in Antihypertensive Treatment : A Pilot Study of Social and Emotional Factors Influencing a Patient's Ability to Follow Antihypertensive Treatment," Journal of chronic Disease. 22 : 579-592; March, 1970.
- Cobb, S. "Social Support as a Modulator of Life Strees," Psychosomatic Medicine. 38 :300-314 ; September – October, 1976.
- Coburn, D., and Pope C.R.. "Socio-economic Status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15 : 67-78 ; January, 1974.
- Coben, S. and T.A. will. "Strees Social Support and The Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98 : 310-353 ; February, 1985.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology 2 ed. New Jersey : Engle Wood Cliffs : prentice-Hall Inc., 1982.
- Coler. M.S. and Vincenb K.G. Plans of Care for Spicialty Practice : Psycluabice mentae Health Nursing. Albary : Delmar Publishers, 1995.
- Connelly, C.E. "Self care and the Chronically III Patient," Nursing Clinics of North America. 15 : 622-627 ; March, 1985.
- Cronbach. Lee Josept. Essentials of Psychology Testing. 3 ed. New York : herper and Row, 1970.
- Davids M.S. "Variation in patients Compliance with Doctor's Addvice : An Empimeal Analysis of Communication," American Journal of Public Health. 58 (March – April 1968 : 274-288.)
- Dorland, s. Illustrated Dictionary. Philadelphia : W.B. Saunders, 1965.
- Fry, J, Self Care : It's Place in the Total Health Care System. London : Panel on Self Care, 1970.
- Good, C.V. Dictionary of Education. New York : Mc Grew Hill Book Copany, 1973.
- Gothieb, Benjamin H. "Social Network and Social Support," An Over View of Research Practice and Policy Implication Health Education Quarterly. 12 : 5-22 ; Spring, 1985.
- Green. Lawrence W. et all. Health Education Planning. A Diagnostic approach. California Mayfield Publishing Company, 1980.
- Gundel, Chistine. Woman's Experinces of Recovery from Alcoholism. 89 ; 1993.
- Hollo, J.C. "The Relationship of Health Belie, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast self Examination in Adult Woman," Nursing Research. 31 : 137-142, 1982.

- Harris, D.M. and Guten Sharon. "Health Promotion Behavior : An Exploratory Study," Journal of Health and Social Behavior, 20 : 28 ; March, 1979.
- Harold D. Holder and James O Bloss. "A Comparison of Occupational and non occupational disability payments and work absences for alcoholic and nonalcoholic", Journal of occupational medicine, 1981. 33(1) ; 453-7.
- Heinzelmann, F & Bagley, R.W. "Response to Physical Activity Programs and their Effects on Health Behavior," Public Health Reports. 85 : 905-911 ; October, 1970.
- House, James S. Work Stress and Social Support. Philippines : Addison – Wesley Publishing Company, Inc., 1981.
- Irwin, Margaret Scott. Behind the Curtain : Woman, Aging and Alcoholism. 1994.
- Jalowice, A. and M.J. Power. Stress and coping in Hypertensive and Emergency Room Patient, Nursing Research. 1981. 30 ; 10-15 .
- Jasmin, S. and L.N. Trygstad. Behavior Concept and The Nursing Process. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1987
- Kirscht, John P. "The Health Belief Model and Illness Behavior," Health Education Monograph. 3 : 387-405 ; Winter, 1974.
- Klemp. Adolescents with IDDM and their Families : The Role of Management Responsibility, Diabetes Knowledge and Skills, and Family Support in Compliance and Metabolic Control. Ph.D. University of Miami, 1986.
- Klinger, M. "Compliance and the Post-MI. Patient." The Canadian Nurse. 81(January 1984) : 32-38.
- Langlie, J.K. "Social Net Work, Health Belief and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 244-260 ; September, 1977.
- Lee, P.J. : "Alcoholism Anonymous is a community Resource," Journal of the social work. Vol. 5, No.4 : p. 20-25 ; October, 1960.
- Ligo, S. Psychiatric Nursing : A Comprehensive Reference. 2 ed. Philadelphia : Lippincott, 1996.
- Lieber, C.S. Biochemical and molecular basis of alcohol induced injury to liver and other tissues. N.Eng/J Med 319 (25) : 1988.

- Maiman, L.A. and Becker. M.H. "The Health Belief Model : origin and corelated in Psychological theory,," In the Health slack Inc. Belief Model and Person Health behavior. New Jersey : Charles B.
- Marshall H. Becker. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. NewJersy : Charles B.Slock Inc, 1974.
- Meckel, Cindy Lee. Alcohol Assessment in The Elderly. Health Sciences Nursing. 1922.
- Montegermery J.B.,et al. "The Health Belief in understanding Complicance with Preventive Recommendation for AIDS : How Useful ?," AIDS Education Prevention. 4 : 303-323 ; Winter, 1989.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A.P Sayles,. "Health Beliefs. Health Value, and Positive Health Behaviors," "Western Journal of Nursing Research. 10 : 637-646; 1988.
- Muller K.D. gold, R.S. Belcastre, P.A. and Mc Dermott, R.J. connection for health : 3 ed Medison : Wm.C. Brown Communication, Inc, 1993.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2 ed. New York : Mc Graw Hill Co., 1991.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton-Century Crofts, 1987.
- Pittman, J.D. : Alcoholism. New York : Haeper & Row, 1967.
- Richardson, Peggy. "Women's Perceptions of Their Important. Dyadic Relationship During Pregarancy," Matenal-Child Nursing Journal. 10 L : 159-174 ; Fall, 1981.
- Rokeach,Milton. Belief, Attitudes and Values. San Francisco:Jolley-Bass Inc. Publisher, 1970.
- Ruth, S. Rehaviltative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care. Philadelpha : W.B. Saunder Company, 1973.
- Sharp, Kimberly, Catherine E.Ross and William C.Cockerham. "Symptoms, Beliefs, and Use of Physician services among the Disadvantaged, "Journal of Health and Social Behavior. 24 : 255 – 263 ; 1983.
- Singer, K and Lungburg W.B. Ventricular arrythmias associated with the Ingestion of alcohol. Ann Intern Med 77 : 247 ; 1972.
- Sriwong Hovanonda. Alcohol related problems. Permanent Secretary Office. Minsitry of Public Health ; Bangkok, 1990.

- Tagliacozzo, D.M. Ima, K. " Knowledge of Illness as predictor of behavior," Journal of chronic disease. 22 : 765-775 ; November, 1970.
- Thomas, E.R. Gilliam, H.J. and Walker, R.D. : Case work services for alcoholic in a magistratc's court," Journal of the Social work. Vol. 5, No. 1, Jan. 1960 . p. 33-38.
- Todd, B. Reason prepec don't take their meds ? RN. 44 : 54-57 ; March, 1981.
- Tuyns A.J. Epidemiolosity of Alcohol and cancer Res. 39 (7) : 2840 ; 1979.
- Willits, F.K. and D.M. Crider. Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years, Journal of Gerontology. 43 : S 172-176 ; September, 1988.
- Zimbarbo, P. & Ebberson, E. Infeuenin cing Attitudes and Changing Behavior, London : Addison Wesley Publishing Co., 765 ; 1977.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ท่านกำลังอ่านต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจะได้นำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงด้านการบริการพยาบาลในการช่วยให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไปศึกษาตามตัวแปรต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในการศึกษาวิจัย

สำหรับคำตอบของท่าน ถือเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่าน ขอได้ตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง ความร่วมมือของท่าน จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นางวิภาพร กาญจนราช

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

แบบสำรวจการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุรา แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ

- ☐ 15-34 ปี
- ☐ 35-54 ปี
- ☐ 55-74 ปี
- ☐ 75 ปีขึ้นไป

2. วุฒิการศึกษา

- ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
- ☐ ประถมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา
- ☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
- ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

3. อาชีพ

- ☐ รับจ้าง
- ☐ ค้าขาย
- ☐ เกษตรกร
- ☐ ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

4. สถานภาพสมรส

- ☐ โสด
- ☐ คู่
- ☐ หม้าย
- ☐ หย่า
- ☐ แยก

5. ลักษณะครอบครัว

- ☐ ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วยตัวท่าน คู่สมรส และบุตร)
- ☐ ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วยตัวท่าน คู่สมรส บุตร และครอบครัวของบุตร หรือญาติพี่น้อง)

6. รายได้ของครอบครัว

- ☐ ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน
- ☐ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน
- ☐ มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการดูแลตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพิษสุรา แบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่าท่านปฏิบัติตนที่เป็นจริงตรงกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับการปฏิบัติที่เป็นจริงของท่านให้มากที่สุด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย/ลงในช่องทางขวาของข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวและกรณาคอบทุกข้อ โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กระทำกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	เคยกระทำกิจกรรมนั้นบ้าง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้กระทำกิจกรรมนั้นเลย

เนื้อหา	ปฏิบัติเป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ข้าพเจ้ากินผักและผลไม้.....			
2. ข้าพเจ้าดื่มนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้).....			
3. เมื่อมีอาการคันตามตัว ข้าพเจ้าใช้มือลูบไปมาแทน การแกะเกา.....			
4. เมื่อผิวหนังแห้งมากข้าพเจ้าทาครีมหรือน้ำมันที่ทำ ให้ผิวหนังชุ่มชื้น.....			
5. ข้าพเจ้าแปรงฟันหรือบ้วนปากภายหลังรับประทานอาหาร.....			
6. เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียข้าพเจ้าจะกินอาหารบำรุง สุขภาพ.....			
7. ข้าพเจ้าสวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน.....			
8. ข้าพเจ้าสังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย...			
9. ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์.....			
10. เมื่อมีอาการเมาค้างข้าพเจ้าจะดื่มสุราเพิ่มในตอน เช้า.....			
11. เมื่ออยู่ตามลำพังข้าพเจ้าจะดื่มสุราแก้เหงา.....			

เนื้อหา	ปฏิบัติเป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
12. เมื่อต้องการมีความสุข ข้าพเจ้าจะดื่มสุราแปลก ๆ หรือไม่เคยดื่มมาก่อน.....			
13. ข้าพเจ้าร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อน.....			
14. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนดื่มสุราจาก เพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา.....			
15. ข้าพเจ้าดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและปัญหา ของชีวิต.....			
16. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย.....			
17. ข้าพเจ้ามาตรวจตามนัด.....			
18. ข้าพเจ้าศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน ระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา.....			
19. ข้าพเจ้าปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับ แพทย์หรือพยาบาล.....			
20. ข้าพเจ้าอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคพิษสุรา.....			
21. ข้าพเจ้าฟังการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคพิษสุรา....			
22. ข้าพเจ้าดูรายการ โทรทัศน์เกี่ยวกับโรคพิษสุรา.....			
23. ข้าพเจ้าหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคพิษสุราหรือผู้ ที่มีประสบการณ์.....			
24. ข้าพเจ้ากินยาตามแพทย์สั่ง.....			
25. ข้าพเจ้ากินยาครบทุกมื้อ.....			
26. ข้าพเจ้าเพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตาม อาการมากขึ้นของโรค.....			
27. ข้าพเจ้าสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร.....			
28. เมื่อข้าพเจ้าต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ข้าพเจ้าค่อย คิดไม่วิตกกังวลมากนัก.....			
29. ข้าพเจ้าวางแผนการใช้จ่ายเงิน รวมทั้งเก็บเงินสะสมไว้ ใช้ในอนาคด.....			

ตาราง 15 : ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

ข้อ	ค่าอำนาจ จำแนก (t)	ค่าความเชื่อ มั่น (α)	ข้อ	ค่าอำนาจ จำแนก (t)	ค่าความเชื่อ มั่น (α)
1.	0.21	.74	15.	0.26	.73
2.	0.38	.73	16.	0.22	.73
3.	0.51	.72	17.	0.22	.73
4.	0.24	.73	18.	0.35	.73
5.	0.28	.73	19.	0.42	.72
6.	0.35	.73	20.	0.59	.72.
7.	0.24	.73	21.	0.51	.72
8.	0.40	.73	22.	0.53	.72
9.	0.28	.73	23.	0.37	.73
10.	0.25	.73	24.	0.37	.73
11.	0.24	.73	25.	0.41	.73
12.	0.27	.73	26.	0.34	.73
13.	0.27	.73	27.	0.34	.73
14.	0.22	.73	28.	0.35	.73
			29	0.34	.73

ตาราง 16 : คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง

เนื้อหา	X	S	ระดับการดูแลตนเอง
1. ข้าพเจ้ากินผักและผลไม้.....	1.70	.48	ดี
2. ข้าพเจ้าดื่มนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้).....	1.00	.64	พอใช้
3. เมื่อมีอาการคันตามตัว ข้าพเจ้าใช้มือถูไปมาแทนการแกะเกา.....	0.86	.80	พอใช้
4. เมื่อผิวหนังแห้งมากข้าพเจ้าทาครีมหรือน้ำมันที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น.....	0.70	.75	พอใช้
5. ข้าพเจ้าแปรงฟันหรือบ้วนปากภายหลังรับประทานอาหาร.....	1.45	.72	ดี
6. เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียข้าพเจ้าจะกินอาหารบำรุงสุขภาพ.....	0.79	.76	พอใช้
7. ข้าพเจ้าสวมคนด่ ไว้พระก่อนนอน.....	1.02	.76	พอใช้
8. ข้าพเจ้าสังเกตสีและลักษณะของอุจจาระที่ขับถ่าย.....	1.26	.75	พอใช้
9. ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....	0.62	.68	ปรับปรุง
10. เมื่อมีอาการเมาค้างข้าพเจ้าจะดื่มสุราเพิ่มในตอนเช้า.....	1.44	.81	ดี
11. เมื่ออยู่ตามลำพังข้าพเจ้าจะดื่มสุราแก้เหงา.....	1.31	.79	พอใช้
12. เมื่อต้องการมีความสุข ข้าพเจ้าจะดื่มสุราแปลก ๆ หรือไม่เคยดื่มมาก่อน.....	1.41	.78	ดี
13. ข้าพเจ้าร่วมวงดื่มสุรากับเพื่อน.....	0.63	.66	ปรับปรุง
14. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการชักชวนดื่มสุรากับเพื่อนร่วมกลุ่มดื่มสุรา.....	1.09	.70	พอใช้
15. ข้าพเจ้าดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความกดดันและปัญหาของชีวิต.....	1.48	.67	ดี
16. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย.....	1.56	.60	ดี

ตาราง 16 (ต่อ)

เนื้อหา	X	S	ระดับการ
			ดูแลตนเอง
17. ข้าพเจ้ามาตรวจตามนัด.....	1.62	.67	ดี
18. ข้าพเจ้าศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนใน ระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา.....	0.63	.72	ปรับปรุง
19. ข้าพเจ้าปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับ แพทย์หรือพยาบาล.....	1.02	.83	พอใช้
20. ข้าพเจ้าอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคพิษสุรา.....	0.53	.67	ปรับปรุง
21. ข้าพเจ้าฟังการสอนสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุรา....	0.37	.60	ปรับปรุง
22. ข้าพเจ้าดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับโรคพิษสุรา.....	0.67	.69	ปรับปรุง
23. ข้าพเจ้าหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโรคพิษสุราหรือผู้ ที่มีประสบการณ์.....	0.52	.69	ปรับปรุง
24. ข้าพเจ้ากินยาตามแพทย์สั่ง.....	1.78	.54	ดี
25. ข้าพเจ้ากินยาครบทุกมื้อ.....	1.79	.51	ดี
26. ข้าพเจ้าเพิ่มหรือลดจำนวนยาที่กินด้วยตนเองตาม อาการมากน้อยของโรค.....	1.43	.77	ดี
27. ข้าพเจ้าสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร.....	1.63	.58	ดี
28. เมื่อข้าพเจ้าต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ข้าพเจ้าค่อย คิดไม่วิตกกังวลมากนัก.....	1.45	.65	ดี
29. ข้าพเจ้าวางแผนการใช้เงิน รวมทั้งเก็บเงินสะสมไว้ ใช้ในอนาคต.....	1.32	.77	พอใช้
รวม	1.14	.25	พอใช้

ที่ ทม 1007 /

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางวิภาพร กาญจนราช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขออำนวยความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ
ปริญญานิพนธ์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
ทั้งนี้อยู่ในความดูแลของ

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

รศ. สุจินต์ ปรีชามารถ กรรม

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่รับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม
และคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลศิริราช ตอบแบบสอบถาม ในเดือนกุมภาพันธ์
2542 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใดๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

ที่ ทม 1007 /

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

กฎหมาย 2542

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางวิภาพร กาญจนราช เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
ศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขออำนวยความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ
ปริญญานิพนธ์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง
ทั้งนี้อยู่ในความดูแลของ

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

รศ. สุจินต์ ปริขามารถ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใดๆ ที่ท่านจะ โปรดให้แก่ นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบ**

รองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สัทธกร	วท. บ (สุขศึกษา), ป. ชั้นสูง (บริหารการศึกษา), ค.ม. (การประถมศึกษา) คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิษฐ์	พบ. วว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป) คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย	วท.บ. (เกียรตินิยม ม.มหิดล) วท.บ. (สตรีวิทยา ม.มหิดล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี	วท. บ (อาชีวอนามัย) เกียรตินิยม, วท.บ (จุลชีวิทยา) คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
เรือโท คร. ไพบุญย์ อ่อนมั่ง	กศ. ค. (วัดและประเมินผล) คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางวิภาพร กาญจนราช
เกิดวันที่	6 มีนาคม 2492
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	459 หมู่บ้านพระปิ่น ซอยบรมราชชนนี 4 ถนนบรมราชชนนี แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700
ตำแหน่ง	หัวหน้าหอผู้ป่วยระดับ 7
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2514	อนุปริญญาพยาบาลอนามัย และผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลอนามัยและ ผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2523	ครุศาสตร์บัณฑิต เอกการพยาบาลอายุศาสตร์ และศัลยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2542	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ
ของ
วิภาพร กาญจนราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพ
พฤษภาคม 2542

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช โดยจำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยชายโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 ซึ่งได้มาโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ค่าเอฟ (F – test) ค่าที (t – test) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณของคะแนนแบบเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation coefficient) หาตัวทำนายการดูแลตนเองโดยใช้วิธีการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง
4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว ไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังได้

SALF-CARE OF AICOHOLICS IN MEDICAL DEPARTMENT AT SIRIRAJ HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

WIPAPORN KANJANARACH

Presented in partial fulfillment of the requirments for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

May 1999

The purpose of this research study was to study the self-care of alcoholics in medical department at Siriraj Hospital. The independent variables were age, education, income, occupation, marital status and type of family.

The 242 samples were receiving care by means of purposive sampling in medical department at Siriraj Hospital. They were asked to complete questionnaire. The data were analyzed by means of percentage, means standard deviation, F-test, t-test, Pearson product - moment correlation coefficient and Multiple Regression Analysis.

The results were as follows :

1. The self-care of alcoholics in medical department at Siriraj Hospital was at moderate level.
2. There were no significant differences in self-care of alcoholics among those with different ages, incomes, occupations, marital status and types of family.
3. There was no relationship in self-care alcoholics with age, education, income, occupation, marital status and type of family.
4. The result of multiple regression analysis showed that the self-care of alcoholics could not be predicted by ages, education, incomes, occupations, marital status and types of family.