

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

.....

นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ชั้นชม เจริญยุทธ

พ.ด.(ประชากรและการพัฒนา)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์จริยาวัตร คมพัยคัมภ์

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข).

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไข่มุกข์ มลิตทอง

M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ.(พยาบาล), M.S., Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินที่มารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

วันที่ 28 กรกฎาคม 2543

.....

นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ชื่นชม เจริญยุทธ

พ.ด.(ประชากรและการพัฒนา)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

นายแพทย์ ประยุกต์ เสรีเสถียร พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์จริยาวัตร คมพัยค์ม์

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข).

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไข่มุกข์ มลิตทอง M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เตียงชัย ถัมล่อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

.....

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชม เจริญยุทธ รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัทธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ไข่มุกข์ มลิทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บาใจ สิทธิมงคล และนพ. ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆของการวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้อำนวยการกองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คลินิกบำบัดยาเสพติดที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินและบุคลากรฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาลอัมพวา ที่ให้โอกาสได้ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณวิชัย เจตบุตร คุณอรุณี-คุณอริยา ดีประเสริฐ และเพื่อนๆสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน รหัส 40 ทุกท่านที่ช่วยเหลือประสานงาน อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การพิมพ์งาน จนจบการศึกษา

ท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา รวมทั้งครอบครัวซึ่งสนับสนุนทางการเงินและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

รังสรรค์ มาระเพ็ญ

4037083 NSCN/M : สาขาวิชา ; การพยาบาลอนามัยชุมชน ; พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

รังสรรค์ มาระเพ็ญ : ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่นที่มารับการบำบัดรักษาใน
คลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร(HEALTH CARE PROBLEMS OF THE
HEROIN ADDICTS SEEKING CARE AT THE NARCOTIC CLINICS DEPARTMENT
OF HEALTH BANGKOK METROPOLIS ADMINISTRATION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ชื่นชม เจริญยุทธ ,พบ.ค.(ประชากรและการพัฒนา), จริยาวัตร คมพยัคฆ์,ส.ค.(การ
พยาบาลสาธารณสุข), ไข่มุกข์ มลิตทอง,M.P.H. 121 หน้า. ISBN 974-664-441-6.

การศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่นที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติดนี้เป็นการ
วิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่นที่มารับการบำบัดรักษาใน
คลินิกยาเสพติดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล
กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่น โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน กลุ่มตัวอย่างเป็น
ผู้ติดยาเสพติดอื่นที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 320 ราย เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคมและประชากร การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยา
เสพติดและแบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ คำนวณ
ร้อยละและทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดยาเสพติดอื่นมีปัญหาในภาพรวมและรายด้าน โดยมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับมี
ปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหา ปัญหาแต่ละด้านข้อที่เป็นปัญหามากที่สุดได้แก่ ด้านสรีระจะมีปัญหาการขับถ่ายเช่น
ท้องผูกง่าย ด้านจิตใจมีปัญหาเกี่ยวกับท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่กำลังใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรม มีปัญหาการที่ครอบครัว
ไม่เชื่อว่าจะหยุดยาได้ ด้านพัฒนาการมีปัญหาเกี่ยวกับไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่งานได้เต็มที่ และด้านจิต
วิญญาณมีปัญหาคิดว่าความคิดยาเสพติดทำให้พลาดโอกาสที่ดีในชีวิต สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแล
สุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่น ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่การมีโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาเสพติด ปัจจัยระหว่าง
บุคคลได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและปัจจัยภายนอกบุคคลได้แก่รายได้ ความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติด
มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลที่ได้จากการศึกษาได้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลอนามัยชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแล
ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอื่น โดยกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับ การดูแลเน้นทางด้านจิตวิญญาณโดยเฉพาะการสร้าง
ความหวังการให้โอกาสทางสังคม และให้กำลังใจในการดำรงชีวิตของผู้ติดยาเสพติดอื่น และควรมีการประสานงานกัน
กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอื่นที่มีปัญหาสุขภาพ

4037083 NSCN/M : MAJOR : COMMUNITY HEALTH NURSING; M.N.S.

(COMMUNITY HEALTH NURSING)

KEY WORDS : HEALTH CARE PROBLEMS / HEROIN ADDICTS SEEKING CARE

RANGSAN MARAPHEN: HEALTH CARE PROBLEMS OF THE HEROIN ADDICTS SEEKING CARE AT THE NARCOTIC CLINICS DEPARTMENT OF HEALTH BANGKOK METROPOLIS ADMINISTRATION. THESIS ADVISORS: CHOUNCHOM CHAROENYOOOTH, Ph.D., JARIYAWAT KOMPAYAK, Dr. P.H., KAIMOOK MALITHONG, M.P.H. 121 P. ISBN 974-664-441-6.

This main objective of this study was to identify the severity of health care problems of heroin addicts seeking care at narcotic clinics in Bangkok Metropolis Administration. The second objective was to examine the relationship between intrapersonal, interpersonal and extrapersonal factors and health care problems. A sample of 320 heroin addicts were randomly selected from the Narcotic Clinics, Department of Health, Bangkok Metropolis Administration. The interview questionnaires were developed based on Neuman's System Model and literature review. These were used for data collection in November and December, 1999. Frequency distribution, Percentage distribution and Chi-square test were used for data analysis.

Results of the study revealed that most samples were confronted with both overall and specific health problems at mild levels. Only spiritual problems were found to be at moderate levels. The specific problems were physiological, psychological, socio-cultural, developmental and spiritual. The aspects encountered with each specific problem at the highest level were: constipation, boredom and despair, loss of confidence from family members, inefficient work and loss of opportunity for improvement. The factors significantly related to the severity of health care problems at a .05 statistical level were ; suffering chronic illnesses, using other drugs together with heroin, family relationships, monthly incomes, and ease in buying drugs.

This study suggests that to improve the quality of care for drug addicts, emphasis should be placed on spiritual problems. In addition, the target for health personnel should be addicts having chronic illness, using other drugs together with heroin, poor family relations, and low monthly incomes. Moreover, coordination and collaboration between personnel in Health Center and Community Health Nurses in the areas would be of great benefit in treating drug addicts.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
ความรู้เกี่ยวกับเฮโรอีน	11
แนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน	17
ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเฮโรอีน	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเฮโรอีน	27
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย	45
บทที่ 5 อภิปราย	94
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	116

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ข. รายนามศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีคลินิกยาเสพติด	117
ค. ใบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	118
ง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	119
ประวัติผู้วิจัย	121



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน	21
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ	46
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางสังคม	48
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย	51
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการใช้ยาเสพติด	52
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์และการบำบัด	54
7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัญหาและความรุนแรงของปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามปัญหาในแต่ละด้าน	55
8 ร้อยละของระดับความรุนแรงของปัญหา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านสรีระ	56
9 ร้อยละของระดับความรุนแรงของปัญหา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านจิตใจ	57
10 ร้อยละของระดับความรุนแรงของปัญหา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านสังคม-วัฒนธรรม	58
11 ร้อยละของระดับความรุนแรงของปัญหา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านพัฒนาการ	59
12 ร้อยละของระดับความรุนแรงของปัญหา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านจิตวิญญาณ	60
13 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามระดับความรุนแรงของปัญหา	61
14 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามอายุและระดับความรุนแรงของปัญหา	63
15 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามระดับการศึกษาและระดับความรุนแรงของปัญหา	65
16 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหา	66
17 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่นจำแนกตามการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหา	68

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
18	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามประวัติการใช้ยาเสพติดและระดับความรุนแรงของปัญหา	70
19	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสถานภาพสมรสและระดับความรุนแรงของปัญหา	72
20	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสันตนาการและระดับความรุนแรงของปัญหา	74
21	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความรุนแรงของปัญหา	76
22	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความรุนแรงของปัญหา	78
23	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสัมพันธภาพกับเพื่อนและระดับความรุนแรงของปัญหา	80
24	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามสัมพันธภาพกับเพื่อนและระดับความรุนแรงของปัญหา	82
25	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามรายได้และระดับความรุนแรงของปัญหา	84
26	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามรายได้และระดับความรุนแรงของปัญหา	86
27	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามอาชีพและระดับความรุนแรงของปัญหา	88
28	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามความสะดวกในการรับการบำบัดรักษาและระดับความรุนแรงของปัญหา	90
29	จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอินจำแนกตามความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติดและระดับความรุนแรงของปัญหา	92

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออื่น	6
2	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	40



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเฮโรอีนเป็นปัญหาที่ร้ายแรงของประเทศปัญหาหนึ่ง มีการแพร่ระบาดครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศและทวีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานการเข้ารับการบำบัดรักษาเฮโรอีนจากสถานพยาบาลต่างๆทั่วประเทศพบว่า ในช่วง 4 ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2538 พบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้น(กองป้องกันและบำบัดยาเสพติด, 2542:2) เฮโรอีนเป็นประเภทยาเสพติดที่มีสัดส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาปัจจุบันประมาณร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดชนิดอื่นๆ เนื่องมาจากอาการคือยาและการเสพติดทำให้ผู้เสพติดต้องเพิ่มปริมาณยาเสพติดมากขึ้นเรื่อยๆผู้เสพติดหนึ่งจะสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาระยะหนึ่งเพื่อลดอาการคือยา ทำให้สามารถกลับไปเสพติดเฮโรอีนได้ดีขึ้น

สถานการณ์เฮโรอีนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ในภาพรวมมีความรุนแรงน้อยกว่ายาบ้า แต่ปัญหาเฮโรอีนไม่ได้ลดลง กลุ่มผู้เสพติดโดยเฉพาะที่อาศัยตามชุมชนแออัดสามารถหาเฮโรอีนได้เพียงพอกับความต้องการที่สำคัญคือเฮโรอีนมีปริมาณมากขึ้นในราคาเท่าเดิม บางคนบอกว่าเฮโรอีนมีคุณภาพดีขึ้น ในขณะที่ความสนใจของเจ้าหน้าที่ปราบปรามยังเน้นที่ยาบ้าเป็นหลัก ซึ่งพิจารณาจากสถิติจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเฮโรอีนมีแนวโน้มไม่ลดลงแล้วยังมีโอกาสที่จะเข้ามารับการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการคือยามีมากขึ้น ทำให้ปีพ.ศ. 2542 สถานการณ์ปัญหาเฮโรอีนในสถานบำบัดรักษามีผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้เสพติดที่เข้ารับแบบผู้ป่วยนอกรับยาแล้วกลับบ้านจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น(กองป้องกันและบำบัดยาเสพติด, 2541:1-6)

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆของประเทศและมีประชากรกว่า 6 ล้านคนและเป็นเมืองที่มีปัญหาเฮโรอีนมากที่สุดในประเทศไทยโดยคิดเป็นสัดส่วนประชากรที่มีปัญหาเฮโรอีนประมาณ 19 : 1000 คน(กองป้องกันและบำบัดยาเสพติด, 2541:1) ทั้งนี้เพราะลักษณะโครงสร้างทางสังคมในเขตกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมือง มีการเจริญเติบโตในทุกด้าน ทำให้บุคคลในสังคมต้องแข่งขันกันทำมาหากินเพื่อความอยู่รอด บุคคลจะเห็นประโยชน์ส่วนตนมากกว่าผลกระทบที่จะเกิดในสังคม ความไม่มั่นคงของสถาบันครอบครัวที่เกิดขึ้นล้วนมีส่วนชักนำให้บุคคลหันไปใช้เฮโรอีนได้ง่ายขึ้น จากสถิติสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามเฮโรอีนปี พ.ศ.2541 พบว่า

จำนวนผู้ติดเชื้อโรอินที่เข้ารับการรักษาเขตกรุงเทพมหานคร ประเภทผู้ป่วยนอกมีถึงร้อยละ 99.12 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 15-39 ปี ใช้เชื้อโรอินครั้งแรกอายุ 15-24 ปี มีการใช้เชื้อโรอิน ตั้งแต่ชนิดเดียวและหลายชนิด มีผู้ผ่านการบำบัดมากกว่า 10 รอบ คิดเป็นร้อยละ 23.12 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการรักษาถึงร้อยละ 61.33 (เอกสารข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ 2541:1-12)

จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแรงงาน ซึ่งวัยนี้เป็นวัยแห่งการเสริมหลักฐานในชีวิตการเริ่มงานอาชีพที่มั่นคงเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นเครื่องชี้นำของความสำเร็จในชีวิตอย่างหนึ่งและจากภาระค่าครองชีพที่สูงขึ้นในปัจจุบัน บุคคลในสังคมจำนวนไม่น้อยต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อหารายได้พิเศษมาจุนเจือครอบครัว ยุพาพร อรุณศิริศักดิ์ (2539:16) พบว่าอัตราส่วนของการทำงานพิเศษให้ได้รับรายได้มาจุนเจือครอบครัวในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่เคยติดสิ่งเสพติดมากกว่าผู้ใช้แรงงานกลุ่มที่ไม่เคยติดสิ่งเสพติดร้อยละ 5.1 และมีการใช้เชื้อโรอินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งไม่เห็นความสำคัญของการรักษา

การติดเชื้อโรอินเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความสูญเสียในด้านทรัพยากรบุคคลเพราะการติดเชื้อโรอินเป็นเหตุให้สุขภาพทรุดโทรม อ่อนเพลียไม่มีแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง เกียจคร้านและมีการเปลี่ยนแปลงทางความสามารถด้านต่างๆของร่างกาย จากการศึกษาของประภาส สุขพรรณสนีย์ (2536:2) ได้ศึกษาพบว่า การติดเชื้อโรอินก่อให้เกิดปัญหาต่างๆแก่ตัวผู้เสพทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ติดเชื้อโรอินจะมีร่างกายทรุดโทรม สมอและประสาทถูกทำลาย ระบบต่างๆของร่างกายเสื่อมไป อายุสั้นและอาจตายได้จากการมีโรคแทรกหรือจากการใช้ยามากเกินไป เช่นการอักเสบหรือติดเชื้อของเส้นเลือดหรือผิวหนัง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ การติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น (Turner, Miller & Moses, 1989: 189-190) อ้างถึงในเสมอจันทร์ อะนะเทพ, 2535:1) พิษของเชื้อโรอินจะทำให้การหายใจถูกกด หัวใจเต้นผิดจังหวะและมีอาการน้ำท่วมปอดและมีผลกระทบกับจิตใจโดยอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย ขาดความสนใจในการเรียนและการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ติดเชื้อโรอินลดลง ไม่มีแรงทำงาน การทำงานผิดพลาดอยู่เสมอ ขาดงานบ่อย ถูกตำหนิว่ากล่าวตักเตือนอยู่เสมอ ไม่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว (โสภา ชูพิกุลชัย, 2528:20-30) จากการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่ต้องใช้ความอดทนและกำลังใจมากในการที่จะเลิกใช้เชื้อโรอินรู้สึกท้อแท้ ขาดความหวัง ขาดกำลังใจในการดำเนินชีวิต เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อโรอินขาดความสนใจในสุขภาพของตนและละเลยที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการมีสุขภาพที่ดีโดยสังเกตจากพฤติกรรมเท่าที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อโรอินมักไม่สนใจรักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังและเล็บตลอดจนเสื้อผ้าจะสกปรก ร่างกายผอม ผิวซีดเหลือง ขาดความสนใจต่อสุขภาพ ไม่อยากรับประทานอาหาร รวมทั้งไม่สนใจรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ไม่สนใจการเรียนและการทำงาน มักเกียจคร้าน นอนหลับทั้งวันไม่ชอบทำกิจกรรมร่วม

กับผู้อื่น มักเก็บตัวอยู่คนเดียวตามลำพังหรืออยู่ร่วมกับกลุ่มผู้ติดยาด้วยกัน(จกมล ทองโฉม, 2533: 46-48) อีกทั้งคนในครอบครัวไม่สนใจและสังกมรังเกียจทำให้ผู้ติดเฮโรอีน โดดเดี่ยวไม่รู้ว่าจะมีใครได้ สิ่งทีกล่าวนี้ล้วนมีผลต่อการละเลยไม่เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นไปด้วย ข้อบ่งชี้นี้มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับการพัฒนาประเทศเพราะบุคคลซึ่งอยู่ในวัยแรงงานแต่ร่างกายไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำงานได้แล้วและยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งรัฐจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างไรประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุขจากสถิติข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนในคลินิกยาเสพติด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานครพบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 16,138 ราย เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดครั้งนี้เนื่องจากปัญหาสุขภาพไม่ดีจำนวน 654 ราย คิดเป็นร้อยละ4.08(สำนักงานมัย, 2541 :8) จากการศึกษาของศักดิ์นา บุญเปี่ยม(2534:64) ศึกษาทัศนคติของผู้ติดเฮโรอีนที่มีต่อการเปิดรับข่าวสารในเรื่องการบำบัดรักษา:ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลรัฐญารักษ์พบว่าร้อยละ 31.65 มาเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะสุขภาพร่างกายทรุดโทรม สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณณี มงคลนวเสถียร(2541:83) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีชายวัยผู้ใหญ่ที่ว่างงาน ในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาในปีที่ผ่านมา พบว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ จากการศึกษาของเสมอจันท์ อะนะเทพ (2535:84) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเฮโรอีนทางเส้นเลือดโดยการป้องกันโรคเอดส์จะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมาก อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 :46) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ นิตยา ภาสุนันท์(2529 :76) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย รายได้ สันทนาการ การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ จากการศึกษาของขวัญดา ฐริวิทย์ธีระ(2541:63) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนทางเส้นเลือด และจากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ปี2541 พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เมื่อมีเวลาว่างมักชักชวนกันไปเสพยาเฮโรอีน ทำให้ไม่สนใจในการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองและระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาของช่อกิ่ง ชูครุฑ(2541:77) พบว่า

ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05การใช้เฮโรอีนเป็นระยะเวลาานร่างกายมีสภาพเคยชินหากเมื่อใดร่างกายไม่ได้รับเฮโรอีน จะเกิดอาการขาดยาหรือถอนยาซึ่งอาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเฮโรอีน ระยะเวลาในการใช้เฮโรอีน ปริมาณเฮโรอีนที่ใช้และวิธีการใช้เฮโรอีน

จะเห็นได้ว่าการใช้เฮโรอีนมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมต่างๆของผู้ติดยาเฮโรอีนเท่าที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดยาเฮโรอีนขาดการใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองไม่สนใจในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพนั้นจะส่งผลโดยตรงถึงภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ติดยาเฮโรอีนในการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในวัยแรงงาน ตามปกติแล้ววัยแรงงานนี้จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงเมื่อมาใช้เฮโรอีนจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม และเมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมเกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเฮโรอีนที่มารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด ปัจจัยระหว่างบุคคลประกอบด้วยสถานภาพสมรส สันตนาการ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และปัจจัยภายนอกบุคคลของผู้ติดยาเฮโรอีนประกอบด้วยรายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการรักษา ความสะดวกในการซื้อหายาเสพติด กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเฮโรอีนเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ปัญหาในการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพทำให้ทราบถึงความรุนแรง สาเหตุ และลักษณะของปัญหาใช้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนแก้ไขปัญหาและการบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นจริงต่อไป

คำถามการวิจัย

- 1.ผู้ติดยาเฮโรอีนที่มารับการรักษาในคลินิกยาเสพติดมีปัญหาในการดูแลสุขภาพหรือไม่
- 2.ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพหรือไม่

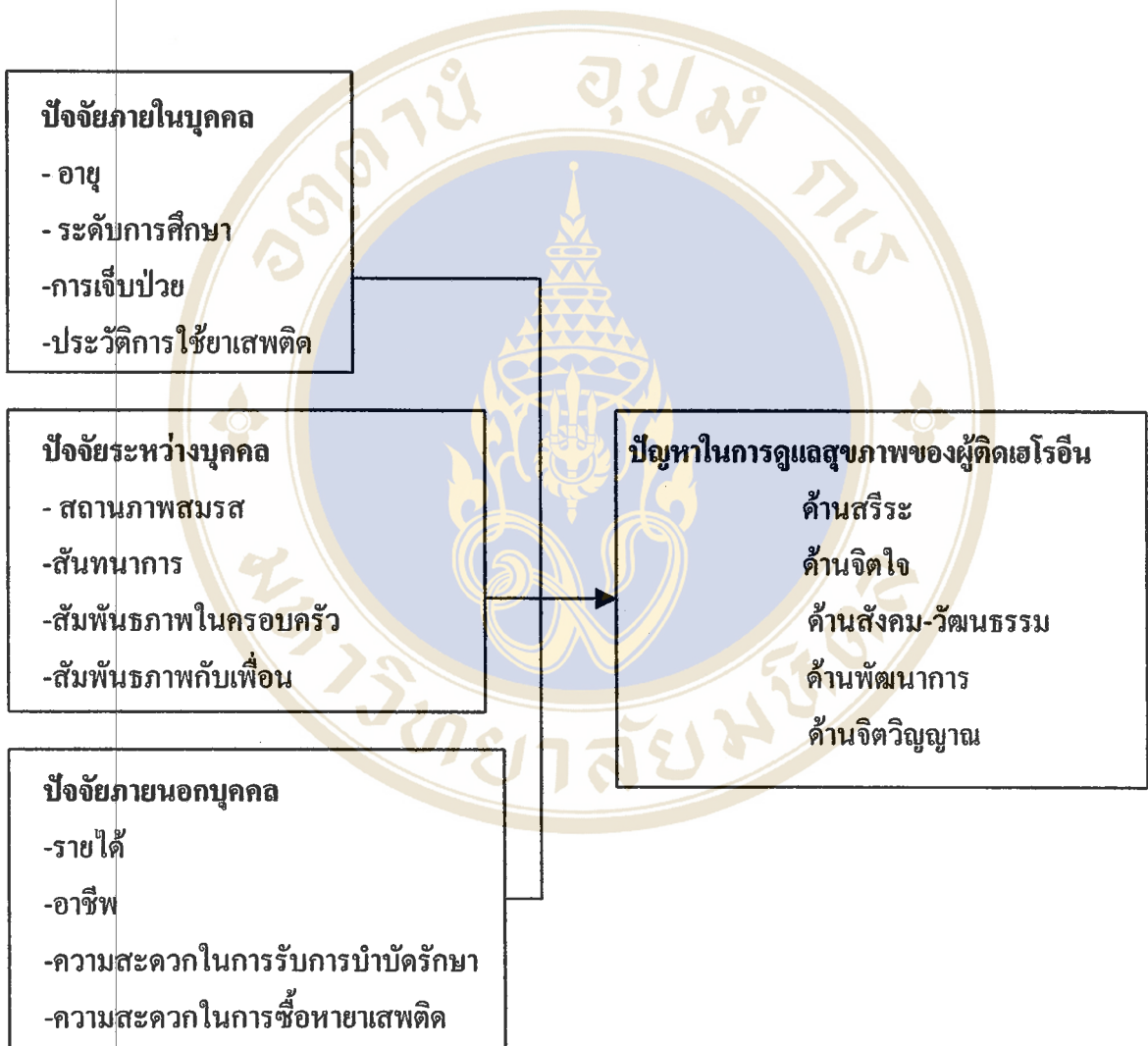
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองระบบของนิวแมน(Newman system Model) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยนิวแมนมองปัญหาหรือสิ่งรบกวนชีวิตดังกล่าวว่าเป็นแรงที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งหมายถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างระบบต่างๆภายในตัวผู้ติดเชื้อโรอื่นและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ติดเชื้อโรอื่นกับระบบภายนอกได้แก่ครอบครัว สังคม ซึ่งผลของการมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาหรือสิ่งรบกวนภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในระดับต่างๆทั้งในระดับภายในบุคคล (Intrapersonal stressors) ได้แก่ ปัญหาความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ ความจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ มีพัฒนาการตามวัยไม่เหมาะสม ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ปัญหาระหว่างบุคคล(Interpersonal stressors) ได้แก่ ปัญหาการขาดคนดูแล ครอบครัวไม่สนใจ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ ครอบครัวไม่เห็นความสำคัญและปัญหาภายนอกบุคคล(Extrapersonal stressors) ได้แก่ ปัญหาการถูกรังเกียจจากสังคม ขาดการสนับสนุนและการให้โอกาสการยอมรับจากสังคม ในการเผชิญกับปัญหาในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นบุคคลจะมีระบบการตอบสนองตามแนวป้องกัน 2 แนวประกอบด้วยแนวป้องกันยืดหยุ่น(Flexible line of defense) แนวป้องกันปกติ(Normal line of defense) และแนวต่อต้าน(Line of resistance) เพื่อดำรงภาวะสุขภาพไว้ สำหรับผู้ติดเชื้อโรอื่นการเพิ่มความแข็งแกร่งของแนวป้องกันในระดับต่างๆ จะทำให้ป้องกันหรือตอบสนองการถูกล้ำของปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม การศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นผู้วิจัยได้พิจารณาจากสิ่งรบกวนภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมนโดยพิจารณาตามระบบโครงสร้างพื้นฐานของบุคคลที่ถูกรบกวนคือด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ อีกทั้งกรอบแนวคิดดังกล่าวยังได้จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งรบกวนชีวิตของบุคคลคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาเสพติด ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส สันติภาพ การสัมพันธ์ภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน

และปัจจัยภายนอกบุคคลของผู้ติดเชื้ออื่นได้แก่รายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา ความสะดวกในการซื้อหายาเสพติด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออื่น ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออื่นที่มารับการบำบัด
ดัดแปลงจากแบบจำลองระบบของนิวแมน(Neuman, 1995:17)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อโรอินที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติดมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ
2. ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินในครั้งนี้จะทำการศึกษาเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยทำงานและมารับการบำบัดรักษาขั้นตอนพิชยา ในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ข้อบ่งชี้ปัญหาในการดูแลสุขภาพ ทำให้ทราบถึงความรุนแรงและลักษณะของปัญหาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและการบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นจริง
- 2.ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทำให้ทราบถึงกลุ่มประชากร เป้าหมายเพื่อการวางแผนการบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

นิยามตัวแปร

ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน หมายถึงความรู้สึกละเลยหรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ติดเชื้อโรอินที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคลของผู้ติดเชื้อโรอินกับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกละเลยและพฤติกรรมการแสดงออกดังกล่าวส่งผลให้เกิดการรบกวนที่เป็นอุปสรรคในการดูแลและดำรงสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากแบบจำลองระบบของนิวแมน(Neuman,1995) แบ่งปัญหาการดูแลเป็น 5 ด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านสรีระ หมายถึงผลที่ทำให้เกิดการรบกวนด้านสรีระที่ทำให้ผู้ติดเชื้อโรอินมีความไม่สุขสบายทางร่างกายและมีความจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1.1 ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ ไม่มีแรง อ่อนเพลียง่าย ท้องผูก

1.2 ความจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความลำบากในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการมารับการบำบัดรักษา

2. ปัญหาด้านจิตใจ หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการรบกวนด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนมีความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจและมีความจำกัดทางจิตใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

2.1 ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจไม่ปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ตื่นเต้น วิตกกังวลโดยไม่มีเหตุผล

2.2 ความจำกัดทางจิตใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ท้อแท้เบื่อหน่ายหมดกำลังใจและไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. ปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรม หมายถึงผลที่ทำให้เกิดการรบกวนด้านสังคม-วัฒนธรรม ที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนมีปัญหาทางการสนับสนุนทางสังคมและมีความจำกัดทางด้านเศรษฐกิจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

3.1 ขาดการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านต่างๆจากครอบครัว ครอบครัวไม่ให้ความสำคัญ ไม่ชี้แนวทางที่ถูกต้องให้ผู้ติดเฮโรอีนสภาพครอบครัวไม่อบอุ่นไม่มีคนที่ปรึกษาและไม่มีการปรึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

3.2 ความจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความจำกัดเรื่องเงินในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาและขาดแหล่งช่วยเหลือทางการเงิน

4. ปัญหาด้านพัฒนาการ หมายถึงผลที่ทำให้เกิดการรบกวนด้านพัฒนาการที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนมีความบกพร่องในการทำงานตามหน้าที่และความบกพร่องในชีวิตสมรส

4.1 ความบกพร่องในการทำงานตามหน้าที่ ได้แก่ ขาดความสามารถหรือขาดประสิทธิภาพในการทำงาน

4.2 ความบกพร่องในชีวิตสมรส ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง

5. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการรบกวนด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนขาดความมั่นคงและขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เกิดอยู่ในตัวผู้ติดเฮโรอีนซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด โดยกำหนดคำนิยามของแต่ละประเภทดังนี้

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ติดเชื้อโรอื่น นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

ระดับการศึกษา หมายถึงระยะเวลาที่ได้รับการศึกษานับจำนวนเต็มเป็นปี เริ่มตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ

การเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อโรอื่น แบ่งออกเป็น แฉ่งแรงดี เจ็บป่วยเป็นบางครั้งและเจ็บป่วยบ่อย

ประวัติการใช้ยาเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้แก่ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ และวิธีการใช้ยาเสพติดของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มารักษาที่คลินิกยาเสพติด

ปัจจัยระหว่างบุคคล หมายถึงอิทธิพลสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นระหว่างระบบบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งทำให้เกิดความเครียดภายในตัวผู้ติดเชื้อโรอื่น ประกอบด้วย สถานภาพสมรส สันทนการ สัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยกำหนดคำถามของแต่ละประเภทดังนี้

สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพการเป็นโสด คู่ และม่าย/หย่า/แยกกันอยู่

สันทนการ หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อโรอื่นปฏิบัติเมื่อมีเวลาว่างหรือเพื่อการพักผ่อน

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การแสดงความรัก ความรู้สึกผูกพัน การช่วยเหลือหรือการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว

สัมพันธภาพกับเพื่อน หมายถึง การแสดงความรัก ความรู้สึกผูกพัน การช่วยเหลือหรือการทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนสนิทหรือเพื่อนที่ทำงานเดียวกัน

ปัจจัยภายนอกบุคคล หมายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายนอกบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งทำให้เกิดความเครียดภายในตัวผู้ติดเชื้อโรอื่น ประกอบด้วย รายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการรักษาและความสะดวกในการซื้อหายาเสพติด โดยกำหนดคำถามของแต่ละประเภทดังนี้

รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือนของผู้ติดเชื้อโรอื่นรวมถึงความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว

อาชีพ หมายถึงลักษณะงานที่ผู้ติดเชื้อโรอื่นทำเป็นประจำและเป็นแหล่งรายได้ของครอบครัว แบ่งกลุ่มเป็นประกอบอาชีพได้แก่ เกษตรกรรม รับจ้าง ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา แม่บ้านและกลุ่มที่ว่างงาน

ความสะดวกในการรับการรักษา หมายถึงความลำบากในการเดินทางมารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติดของผู้ติดเชื้อโรอื่น

ความสะดวกในการซื้อขายเสฟติค หมายถึง ความง่ายในการหาซื้อยาเสฟติคมาใช้เสฟ
ของผู้ติดเชื้อโรอื่น

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในวัยเดียวกัน มีลักษณะ
ต่างๆในทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่คล้ายกัน จึงทำให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่หลากหลายและไม่
สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นๆได้ การประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพครั้งนี้เป็นการ
ประเมินโดยใช้ตัวผู้ติดเชื้อโรอื่นเองจึงเป็นปัญหาที่ผู้ติดเชื้อโรอื่นคิดว่าเป็นปัญหาเท่านั้น โดยอาจไม่
ครอบคลุมกับการดูแลสุขภาพโดยรวมได้ อีกทั้งตัวผู้ติดเชื้อโรอื่นเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษา
เสฟติคแล้วหลายครั้ง ทำให้ได้รับการบริการทางสุขภาพ คำแนะนำ ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพอย่าง
ต่อเนื่อง ผลการวิจัยที่ได้จึงอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับเฮโรอีน

- ชนิดของเฮโรอีน
- วิธีการเสพเฮโรอีน
- การออกฤทธิ์ของเฮโรอีนต่อร่างกาย
- ผลกระทบจากการติดเชื้อโรอื่น
- การบำบัดรักษาของผู้ติดเชื้อโรอื่น

ส่วนที่ 2 แนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน

ส่วนที่ 3 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

ความรู้เกี่ยวกับเฮโรอีน

ชนิดของเฮโรอีน

ในประเทศไทยพบว่ามีเฮโรอีนอยู่ 2 ชนิด(สุพรรณ ชีระเวชเจริญชัย,2541 :69) คือ

1. เฮโรอีนบริสุทธิ์ มีความบริสุทธิ์ถึง 96 เปอร์เซ็นต์ ผลิตขึ้นตามหลักวิชาเคมี หรือเรียกว่า เบอร์ 4 ชนิดนี้เป็นเฮโรอีนบริสุทธิ์ มีลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว ไม่มีกลิ่น รสขมจัด เฮโรอีนชนิดนี้นิยมฉีดเข้าเส้นเลือด ตามท้องตลาดนิยมเรียกเฮโรอีนเบอร์ 4

2. เฮโรอีนผสม หรือเรียกว่าเบอร์ 3 หรือไอระเหย แคป ไข่ เฮ ฯลฯ เป็นเฮโรอีนไม่บริสุทธิ์ เพราะมีสารอื่นๆอยู่ด้วย เฮโรอีนชนิดนี้จะมีสารเฮโรอีนอยู่เพียงเล็กน้อยประมาณ 8-12 เปอร์เซ็นต์ เช่น สารหนู สตริกนิน ยานอนหลับ กรดประสานทอง น้ำกัญชาต้ม ยาแอสไพริน เอ.พี.ซี. ตลอดจนสีสรรต่างๆมาผสมเข้าเป็นเกล็ดหรือผงคล้ายอิฐบดปน อาจทำเป็นแคปซูลหรือใส่ถุงพลาสติกเพราะ

เหตุที่ผลิตขึ้นโดยไม่ถูกต้องตามหลักวิชาและมีสารอื่นที่มีพิษเจือปนอยู่มาก ซึ่งอาจทำให้ผู้เสพมีอาการมึนเมาหรือมึนงงและมีฤทธิ์ทำลายสุขภาพและจิตใจเป็นอย่างมากและเป็นอันตรายร้ายแรงกว่าผงขาว นิยมเสพเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีสูดอมควัน

วิธีการเสพเฮโรอิน

เฮโรอินสามารถนำเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล , 2528 : 24 ; สมทรง กาญจนหุต, 2522:23)

1. นำเฮโรอินใส่กระทะหรือวางบนแผ่นกระดาษตะกั่วหรือช้อนโลหะ นำมาลนไฟให้ไหม้แล้วใช้หลอดกาแฟดูดเอาควันเข้าปาก เรียกว่าสูบไอระเหยหรือสูบแคป
2. ใช้สูบเข้าจมูกแบบยานัตถ์
3. ใช้ผงเฮโรอินอัดใส่ใ้สูหรี่หรือผสมกับยาเส้นแล้วจุดสูบเหมือนบุหรี่ธรรมดา(ซึ่งสังเกตได้จากใ้สูหรี่ที่อัดใส่เฮโรอินจะมีสีดำขณะที่ใ้สูหรี่ธรรมดามีสีเทา)
4. ใช้ผสมอาหารและเครื่องดื่มรับประทานโดยผู้บริโภคไม่ทราบว่ามิเฮโรอินผสมอยู่
5. นำมาละลายน้ำฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำเหมือนมอร์ฟิน

ผู้ที่เริ่มใช้เฮโรอินด้วยวิธีการสูบในไม่ช้าจะเปลี่ยนเป็นวิธีฉีด ทั้งนี้เพราะเมื่อสูบไประยะหนึ่งจะเกิดอาการคือยา จะต้องเพิ่มปริมาณขึ้นหรือเปลี่ยนวิธีเป็นฉีด การฉีดจะทำให้เฮโรอินซึมเข้าสู่สมองได้เร็วขึ้นและไม่ต้องใช้ปริมาณมาก จากการศึกษาของจรัส สุวรรณเวลา(2521:7) พบว่ามีผู้ติดยาเฮโรอินในกรุงเทพมหานคร มากกว่าร้อยละ 70 ฉีดเฮโรอินบริสุทธิ์เบอร์ 4 เข้าหลอดเลือดดำราวร้อยละ 1 ใช้วิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ที่เหลือใช้วิธีสูบ ในปัจจุบันเฮโรอินเป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงที่สุดมีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟิน 4-8 เท่าและแรงกว่าฝิ่น 30-80 เท่า การเสพเฮโรอินเพียง 1-2 ครั้งก็อาจเสพติดได้ ถ้าเสพ 3-4 ครั้งจะติดเกือบทุกคน

ฤทธิ์ของเฮโรอิน

เฮโรอินมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาเหมือนมอร์ฟิน เพราะเฮโรอินเมื่อเข้าไปในร่างกายจะถูกไฮโดรคลอไรด์ให้กลายเป็นมอร์ฟินก่อนแล้วจึงออกฤทธิ์ต่อร่างกาย เฮโรอินละลายได้ดีในไขมันสามารถซึมผ่านเข้าสู่สมองได้ดีกว่ามอร์ฟิน ฤทธิ์ของเฮโรอินจึงรุนแรงกว่ามอร์ฟินหลายเท่า(พยอม ตันติวัฒน์, 2532:3)

ฤทธิ์ของเฮโรอินมี 2 ประการ คือ

1. ฤทธิ์ทางกาย เฮโรอินมีฤทธิ์ทางกายอยู่ 2 ลักษณะ คือ

- 1.1. การเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะเฉียบพลัน หลังจากเสพแล้วผู้เสพรู้สึกปลอดโปร่งสบายใจจนกระทั่งลืมความหิว ความเจ็บปวดและความพอใจเรื่องเพศ สำหรับผู้ใช้ครั้งแรก

มักจะมีการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าใช้ขนาดไม่มาก ร่างกายจะรู้สึกอบอุ่นและแขนขาหนัก คอแห้ง ปากแห้ง ต้องดื่มน้ำบ่อยๆ ถ้าหากได้รับปริมาณมากถึงตายได้เนื่องจากตัวยาไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจ

1.2. การเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะยาว เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังใช้ยามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานติดต่อกัน โดยปกติการใช้ยาในระยะยาวจะก่อให้เกิดอาการติดยาทางกาย ซึ่งแสดงให้เห็นลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1.2.1. อาการต้านยาหรือคือยา (Tolerance) เมื่อผู้เสพเฮโรอีนใช้ยาไปปริมาณหนึ่งเป็นระยะเวลานานๆ ผู้ใช้จะรู้สึกไม่ได้ผล ไม่ได้ความพอใจเท่าที่ต้องการ เนื่องจากร่างกายชินกับยานั้นจึงต้องเพิ่มปริมาณยาขึ้นอีกเพื่อให้เกิดอาการเหมือนกับที่เคยได้รับและในการเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ นี้ก็เสี่ยงกับอันตรายที่จะติดตามมาพร้อมกับการใช้ยาในปริมาณมากเกินไปจนเกินขนาดด้วย

1.2.2. อาการถอนยาหรืออาการขาดยา (Withdrawal symptoms or abstinence syndrome) สืบเนื่องมาจากการหยุดยาหรือการขาดยาหลังจากใช้ยาต่อเนื่องมานานๆ จะเกิดอาการกระวนกระวาย ปวดตามตัว ขนลุก ม่านตาขยาย น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ หาวบ่อยๆ เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน หายใจถี่กระชั้นขึ้นกว่าปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น อาการนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ติดยาเฮโรอีนจึงกลัวการขาดยามาก ทำให้ไม่กล้าเลิกยาต้องใช้อย่างต่อเนื่อง อาการขาดเฮโรอีนจะเกิดขึ้นภายใน 8-12 ชั่วโมงหลังจากเสพครั้งสุดท้ายและมีอาการรุนแรงมากใน 24-48 ชั่วโมง (พยอม ตันติวัฒน์, 2521:3)

2. ฤทธิ์ทางใจ

ผู้ที่ได้ประสบกับฤทธิ์ของเฮโรอีนแล้วจะติดใจและพอใจที่จะได้รับฤทธิ์นั้นอีก ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกสบายใจหรือสนุกสนาน หรือความรู้สึกเมาลึ้มความทุกข์โศกและหลุดพ้นจากโลกความเป็นจริงไปสู่โลกของความฝัน ผู้ติดยาเฮโรอีนจะรู้สึกมีแรงผลักดันหรืออำนาจบางอย่างบังคับให้ไปใช้ยาโดยตนเองไม่สามารถยับยั้งไว้ได้ จึงต้องพยายามหาหนทางสนองความอยากของตัวแม้จะเป็นการกระทำที่ผิดหรือเสี่ยงก็ตาม

ผลกระทบจากการติดยาเฮโรอีน

การที่บุคคลติดยาเฮโรอีนย่อมส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1. ผลกระทบต่อบุคคล

ฤทธิ์ของเฮโรอีนในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก

ฤทธิ์ของเฮโรอีนต่อสภาพร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ 2-3 ชั่วโมงภายหลังการเสพยาจะรู้สึกปลอดโปร่ง สบายใจจนลึ้มหัว ลึ้มความเจ็บปวด ความพอใจเรื่องเพศลดลง อาจมีอาการ

อาเจียนและคลื่นไส้ร่วมด้วยก็ได้ ถ้าใช้ขนาดไม่มากจะรู้สึกว่าร่ากายอบอุ่น มักจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและแขนขาหนัก คอแห้ง ปากแห้ง ต่อไปจะอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น หากเสพมากจะรู้สึกว่ายหายใจช้าลง ม่านตาหรี่ เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าเพิ่มปริมาณมากผู้เสพก็อาจตายได้เพราะสารชนิดนี้จะไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง ทำให้หยุดหายใจได้

การเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เฮโรอีนจะทำให้เมื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรมบางรายน้ำหนัก ลดประมาณ 20 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน

ฤทธิ์ของเฮโรอีนต่อสภาพจิตใจ

มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ช่วงแรกจะทำให้เคลิบเคลิ้ม อารมณ์ดีมีความสุข ถ้าหากไม่ได้เฮโรอีนจะมีอาการเกิดสูงสุดใน 48-72 ชั่วโมง จะมีอาการหงุดหงิดโกรธง่าย อยู่ไม่เป็นสุข ลูกก็ลูกจนจะมีความรู้สึกทรมานมาก ทรมานทรมาน น้ำมูกน้ำตาไหล หาวบ่อย เหงื่อแตกชุ่ม ปวดตาม กระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดท้องอย่างรุนแรง หูอื้อ ตามัว หายใจถี่ เพื่อกดบัง บางคนอาจถึงกับมีอาการชักหมดสติไป ซึ่งอาจตายได้ในระยะนี้

2.2. ผลกระทบต่อครอบครัว

การติดยาเสพติด นอกจากจะทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของตนเองและครอบครัวแล้วยังทำให้ ผู้เสพกลายเป็นบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่ห่วงใย ดูแลครอบครัวอย่างที่เคยปฏิบัติ ทำให้สภาพครอบครัวขาดความอบอุ่น ต้องสูญเสียเศรษฐกิจและรายได้ของครอบครัว เนื่องจากต้อง นำเงินมาซื้อยาเสพติด บางรายอาจต้องสูญเสียเงินจำนวนไม่น้อยเพื่อรักษาตนเองจากโรคร้ายต่าง ๆ อันเกิดจากการใช้หรือเสพยาเสพติด กลายเป็นภาระของครอบครัวในที่สุด อีกทั้งนำไปสู่ปัญหา ครอบครัวเกิดทะเลาะวิวาทกันบ่อย ๆ เกิดความแตกแยกภายในครอบครัว เป็นต้น

2.3. ผลกระทบต่อชุมชน

ผู้ขายยาเสพติด นอกจากจะเป็นผู้ที่มีความรู้ดีกว่าตนเองด้วยโอกาสทางสังคมแล้วยังอาจมี ความคิดหรือพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาของชุมชนได้ ทำให้ชุมชนนั้นๆขาดความสงบสุข ความจำเป็นในการแสวงหายาเสพติดมาเพื่อเสพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการเสพติดจะทำให้กลุ่มเหล่านี้ต้อง กระทำทุกวิถีทางที่จะให้ได้ยาเสพติดมาใช้เช่นการลักขโมยรวมถึงการก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ในชุมชน (ปล้น จี้ ทำร้ายร่างกายผู้อื่นเพื่อชิงทรัพย์สิน) ก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ ธรชน พลัดตกจาก ที่สูง)และปัญหาโรคเอดส์ อันเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่า ตลอดจนทรัพย์สินของตนเอง และส่วนรวมอย่างไร้ประโยชน์ เป็นการถ่วงความเจริญ ความก้าวหน้า การพัฒนาของสังคมตามมา

การบำบัดรักษาของผู้ติดเฮโรอีน

1. รูปแบบการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นการรักษาผู้ติดเฮโรอีนเป็นรูปแบบสมัครใจและให้บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2523)เรื่องระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1. ขั้นเตรียมการ ให้กระทำให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา แนะนำวิธีการปฏิบัติตน กฎระเบียบข้อบังคับต่างๆของสถานพยาบาล ตลอดจนทั้งพยายามชักจูงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้ารับการรักษาให้อยู่รับการรักษาจนครบกำหนดและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครอบครัวอธิบายขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติขณะบำบัดรักษา

1.2. ขั้นตอนพิษยาและบำบัด ให้กระทำให้แล้วเสร็จภายใน 40 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการรักษา ชนิดของยา อาชีพ การศึกษา รวมทั้งประวัติการต้องโทษด้วย จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย ได้แก่ เอกซเรย์ปอด ตรวจม่านตา วัดความดันโลหิต ตรวจซีพีจีร ตรวจปัสสาวะ เป็นต้นเพื่อหาโรคแทรกซ้อนตลอดจนความสมบูรณ์ของร่างกายก่อนได้รับยา แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยกำหนด รูปแบบการรักษา เพิ่มหรือลดขนาดยา รวมทั้งให้ยาเสริมการรักษาตามอาการ ผู้ป่วยจะต้องมารับประทานยาทุกวันจนครบระยะเวลาตามที่แพทย์กำหนดโดยพยาบาลเป็นผู้จ่ายยา ก่อนที่ผู้ป่วยจะรับประทานยาพยาบาลจะสอบถามอาการของผู้ป่วย ตรวจขนาดม่านตา สังเกตอาการทั่วไปหากพบสิ่งผิดปกติก็จะรายงานแพทย์ นอกจากนี้จะเก็บปัสสาวะของผู้ป่วยเพื่อตรวจหาสารเสพติดเป็นระยะๆเพื่อนำผลมาประกอบการบำบัดรักษา รูปแบบการถอนพิษยาที่กรุงเทพมหานครดำเนินการมี 4 แบบดังนี้

1.2.1. การถอนพิษยาระยะสั้นด้วย Major Tranquilizer (Chlorpromazine) หรือ Methadone ขนาดต่ำร่วมกับChlonidine การคัดเลือกรักษาควรเป็นคนที่ใหม่หรือหยุดการรักษาด้วยยาเมทาโดนมานาน หรือผลปัสสาวะในวันสมัครพบสารประเภทอนุพันธ์ของฝิ่นต่ำกว่า 5 ug. และคนไข้สมัครใจรักษาเวลาสั้น ระยะเวลาการรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์

1.2.2. การถอนพิษยาด้วยเมทาโดน การคัดเลือกรักษาควรเป็นคนที่เคยกินเมทาโดนมาแล้วภายใน 1 ปี และระหว่างรักษาเลิกเสฟได้บ้างจนถึงเลิกเสฟไปเลยการให้ยาในวันแรกไม่เกิน 40 ug.และปรับขนาดที่คุมอาการได้ จากนั้นจึงลดขนาดยาลงจนเหลือ 0 mg. และอาจให้ยาอื่นๆเพื่อช่วยลดอาการขาดยาได้

1.2.3.การป้องกันการเสพยาซ้ำด้วยยานาลเทร็กโซน(Naltrexone)ใช้กับผู้ป่วยรายที่หลังจากการถอนพิษยาด้วยเมทาโดนหรือการถอนพิษยาระยะสั้นแล้วผู้ป่วยหยุดเสฟได้ไม่น้อย

กว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากคุณสมบัติของยานาแลเทร็กโซนเป็นยาต้านฤทธิ์ของยาเสพติดประเภทฝิ่น ถ้ากินยาอยู่แล้วกลับไปเสพยาเสพติดอีกจะเกิดการเหมือนขาดยาอย่างรุนแรงทำให้ไม่อยากกลับไปเสพยาอีก จึงเป็นยาสำหรับป้องกันการติดยาได้ก่อนรับผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดแบบนี้จะต้องทำการทดสอบก่อนด้วย Narcan(Narcan Challenge Test) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เมทาโดนหรือยาเสพติดประเภทฝิ่น

1.2.4. การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว(Methadone Maintenance) ใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 1 ปี เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เคยถอนพิษยามาแล้วเกิน 5 ครั้งในสถานรักษานั้นๆ แล้วไม่เคยเลิกเสพยาได้เลยในระหว่างการรักษาและผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส HIV เพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อเอชไอวีลักษณะการใช้ยาจะต่างจากการถอนพิษยา คือเมื่อได้ขนาดยาที่คุมอาการได้แล้วจะไม่ลดขนาดยา(นอกจากผู้ป่วยสมัครใจ) ขนาดยาที่ให้ได้สูงสุดไม่เกิน 120 mg. รูปแบบนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมานานเลิกยากและผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์ เพราะสามารถติดตามพฤติกรรมและการดำเนินของโรคเอดส์ในผู้ติดยาเสพติดได้

1.3. ขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กระทำให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน ในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการถอนพิษยาแล้วได้กระทำได้ยากเนื่องจากมีผู้ป่วยประมาณ 50% ที่รักษาไม่ครบกำหนดจึงได้ปรับปรุงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กระทำไปพร้อมกันควบคู่กับการให้การถอนพิษยา วิธีที่ใช้อยู่ในขณะนี้คือจิตบำบัดและแนะแนวเป็นรายบุคคลรายกลุ่มและครอบครัว และหลังจากการถอนพิษยาแล้วเจ้าหน้าที่จะนัดผู้ป่วยมาสัมภาษณ์ที่คลินิกเป็นระยะๆ

เนื่องจากการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ติดยาเสพติดยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และยังอยู่ในสภาวะแวดล้อมเช่นเดิม ดังนั้นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประเวศและราชดำริ จึงให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบผู้ป่วยใน โดยรับผู้ป่วยที่ผ่านการถอนพิษยาแล้วและมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกเสพยาโดยเด็ดขาด มีความพร้อมที่จะเข้าไปอยู่สถานฟื้นฟูได้ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี เพื่อให้มีการพัฒนาตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการฝึกอาชีพ มีงานทำเพื่อเกิดรายได้ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อกลับเข้าสู่สังคมจะได้ไม่หันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

1.4. การติดตาม ให้กระทำการติดตามผู้ป่วย 1 ปี การติดตามเท่าที่ใช้อยู่ในขณะนี้ มี 3 วิธีด้วยกันคือนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ วิธีที่ 2 คือส่งไปรษณียบัตรและแบบสอบถามเพื่อขอทราบความก้าวหน้าของผู้ป่วยและวิธีสุดท้ายคือทำโดยนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

แนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน

นิวแมน(Newman 1982 ; Newman 1989 ; Newman 1995) เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เรียกว่า “ การเข้าถึงคนทั้งคน ” (Whole person approach) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529: 78) ซึ่งมองบุคคลในฐานะผู้รับบริการ/ระบบผู้รับบริการ(Client / Client system)ซึ่งเป็นบุคคลเดียว, ครอบครัว, กลุ่มคน, ชุมชนหรือสังคมเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบภายในกับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา โดยบุคคลจะปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง ด้วยการใช้องค์ประกอบที่มีมาจากภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคลโดยมุ่งรักษาสมดุลระหว่างสิ่งแวดล้อม บุคคลในแนวคิดของนิวแมนประกอบด้วยตัวแปรต่างๆคือตัวแปรด้านสรีระจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวแปรด้านสรีระ(Physiological) หมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ตัวแปรด้านจิตใจ(Psychological) หมายถึงกระบวนการทางความคิดและการสร้างสัมพันธภาพ ตัวแปรด้านสังคม-วัฒนธรรม(Socio-cultural) หมายถึงการทำหน้าที่ร่วมกันทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ตัวแปรด้านพัฒนาการ(Developmental) หมายถึงกระบวนการในการพัฒนาของชีวิตและตัวแปรด้านจิตวิญญาณ(Spiritual) หมายถึงอิทธิพลความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ

ระบบผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นระบบบุคคลครอบครัวหรือชุมชนสามารถอธิบายโดยใช้รูปวงแหวนล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงระบบซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ก็คือส่วนประกอบของโครงสร้างพื้นฐานแต่ละผู้รับบริการ/ระบบผู้รับบริการ ตัวแปรแต่ละตัวจะมีความคล้ายคลึงกันแต่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล โดยโครงสร้างพื้นฐานของบุคคลจะได้รับการป้องกันให้ปลอดภัยจากสิ่งรบกวนด้านการทำหน้าที่ของแนวป้องกัน 2 แนวและแนวต่อต้านซึ่งอยู่ภายในบุคคล แนวป้องกันประกอบด้วยแนวป้องกันยืดหยุ่น(Flexible line of defense) ซึ่งเป็นวงกลมเส้นประอยู่นอกสุดและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายภายในระยะเวลาอันสั้น ทำหน้าที่เป็นตัวกันชน(Buffer) เพื่อให้ระบบของผู้รับบริการอยู่ในภาวะปกติสุขหรืออยู่ในภาวะสมดุลจะคอยป้องกันมิให้สิ่งรบกวนชีวิตผ่านเข้าสู่ระบบผู้รับบริการได้ ปัจจัยที่ทำให้แนวป้องกันชนิดยืดหยุ่นหย่อนประสิทธิภาพ ได้แก่ภาวะขาดน้ำ ขาดอาหาร การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอหรือการถูกจู่โจมด้วยสิ่งก่อความเครียดที่ รุนแรงที่มีจำนวนมากพร้อมๆกัน ถ้าหากสิ่งก่อความเครียดสามารถทำลายแนวป้องกันชนิดยืดหยุ่นได้ ระบบบุคคลก็ยังมีแนวป้องกันปกติ(Normal line of defense)เป็นวงกลมเส้นทึบที่ล้อมรอบแนวต่อต้านที่ทำหน้าที่ป้องกันมิให้สิ่งรบกวนชีวิตเข้าไปทำลายโครงสร้างพื้นฐานจะเป็นมาตรฐานในการพิจารณาภาวะสุขภาพของระบบว่ามีความเบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพดีเพียงใด แนวป้องกันปกติเป็นสิ่งที่บุคคลพัฒนาขึ้นมาตลอดระยะเวลาจนเป็นภาวะปกติของบุคคลนั้น เป็นผลมาจากแบบแผนพฤติกรรมที่ผ่านมาซึ่งสามารถช่วยให้ระบบเกิด

ความสมดุล แนวป้องกันปกติจะขึ้นอยู่กับรูปแบบการปรับตัวของแต่ละบุคคล แบบแผนการต่อสู้ อุปสรรค วิธีชีวิต อิทธิพลของพัฒนาการและวิญญาณ ตลอดจนลักษณะทางวัฒนธรรม เมื่อใดที่แนวป้องกันยืดหยุ่นและแนวป้องกันปกติไม่สามารถต้านทานต่อสิ่งรบกวนชีวิตได้ สิ่งรบกวนจะเข้าสู่ภายในระบบ บุคคลจะเริ่มเสียสมดุลของระบบ ปังจัยภายในบุคคลมีหน้าที่ควบคุมความสมดุลของระบบโดยพยายามทำให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพเดิม ปังจัยภายในนี้เรียกว่าแนวต้านทาน (line of Resistance) ซึ่งแสดงโดยวงกลมเส้นประสามวง การทำงานของแนวต้านทานจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสู้กับสิ่งรบกวนและเกิดกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ (Reconstitution) ในกรณีที่แรงต้านทานของระบบทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพได้ตอบของระบบจะรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมิฉะนั้นระบบจะเสียสมดุลจนอาจทำให้ล้มป่วยและถึงแก่ชีวิตได้

สิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดของนิวแมนหมายถึงปังจัยหรืออิทธิพลต่างๆทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบุคคล โดยจะมีผลต่อบุคคลได้ทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละช่วงเวลา ปังจัยหรืออิทธิพลนี้อาจเรียกว่าสิ่งรบกวนชีวิต อย่างไรก็ตามสิ่งรบกวนที่ให้ผลทางลบในแต่ละช่วงเวลานี้อาจมีผลทางบวกในช่วงเวลาหนึ่งได้ซึ่งขึ้นอยู่กับปรับตัวของระบบต่อสิ่งแวดล้อมดังกล่าว การเกิดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของระบบต่อสิ่งรบกวนชีวิตขึ้นอยู่กับธรรมชาติของสิ่งรบกวนชีวิต ระดับเวลาที่มากกระทบระบบ ตลอดจนศักยภาพของสิ่งรบกวนชีวิตดังกล่าว เป็นสิ่งนำเข้าระบบบุคคลผ่านกระบวนการเกิดผลลัพธ์ หรือสิ่งนำออกมีลักษณะเป็นวงจรมีการเปลี่ยนแปลงไปมา เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องหรือเพื่อให้ระบบสมบูรณ์ (Neuman, 1995 : 30)

นิวแมนแบ่งระบบสิ่งแวดล้อมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล (Intrasystem) ประกอบด้วยแรง หรืออิทธิพลทุกอย่างที่เกิดขึ้นภายในขอบเขตของระบบบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปังจัยหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ สรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ
2. สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล (Intersystem) ประกอบด้วยแรง หรืออิทธิพลทุกอย่างที่เกิดขึ้นระหว่างขอบเขตของระบบบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปังจัยหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระหว่างภายในและภายนอกบุคคล แบ่งออกเป็น 8 ด้านคือภาวะสุขภาพและความปลอดภัย สังคมวัฒนธรรม การศึกษา การติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพ สันทนาการ เศรษฐกิจ กฎระเบียบและศาสนา
3. สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล (Extrasytem) ประกอบด้วยแรงหรืออิทธิพลทุกอย่างที่เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของระบบบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปังจัยหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคล แบ่งออกเป็น 8 ด้านเช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล

จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด และมีแนวโน้มในการที่จะทำให้ระบบเสียสมดุล หรือเกิดปัญหาขึ้นกับบุคคล ในแบบจำลองของ นิวแมนได้กล่าวถึงสิ่งรบกวนชีวิตไว้ ดังนี้

1. สิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคล(Intrapersonal stressors) เป็นแรงที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายในผู้รับบริการ/ระบบผู้รับบริการ
2. สิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล(Interpersonal stressors)เป็นแรงที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกขอบเขตของผู้รับบริการ/ระบบผู้รับบริการ แต่อยู่ติดกับขอบเขตของระบบ
3. สิ่งรบกวนชีวิตภายนอกบุคคล(Extrapersonal stressors)เป็นแรงที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกขอบเขตของผู้รับบริการ/ระบบผู้รับบริการ และอยู่ห่างออกไปมากกว่าสิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล

ภาวะสุขภาพ (Neuman 1995) เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์และปรับตัวของบุคคลกับสิ่งรบกวนชีวิตในภาวะที่แตกต่างกัน นิวแมนมีความคิดว่าสุขภาพของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากสุขภาพดีไปสู่ความเจ็บป่วย กล่าวคือสิ่งรบกวนชีวิตอาจก่อให้เกิดผลกระทบระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยนำพลังงานภายในบุคคลมาใช้เพื่อให้ภาวะสมดุลกลับคืนสู่ปกติ ถ้าระบบไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ พลังงานก็จะถูกใช้ไปเรื่อยๆจนไม่มีพลังงานเหลือพอที่จะประทังชีวิต บุคคลก็จะถึงแก่ความตาย แต่หากมีพลังงานจากแหล่งอื่นเช่นการช่วยเหลือจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ระบบบุคคลกลับคืนสู่ภาวะสมดุลได้ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงระหว่างสุขภาพดีและความเจ็บป่วยเป็นลักษณะที่เรียกว่าความต่อเนื่อง(continuum)

ภาวะสุขภาพดี เป็นภาวะสมดุลของระบบเกิดขึ้นเมื่อแนวป้องกันยืดหยุ่นสามารถป้องกันการรุกรานของสิ่งรบกวนชีวิตได้ ทำให้แนวป้องกันปกติยังคงสภาพและทำหน้าที่ได้อย่างเดิม ส่วนภาวะการเจ็บป่วย คือภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพดีอันเนื่องมาจากการที่สิ่งรบกวนชีวิตทำลายแนวป้องกันของบุคคล แต่เมื่อบุคคลมีขบวนการสร้างขึ้นใหม่(reconstitution) เกิดขึ้น แนวการป้องกันต่างๆคืนสู่ความปกติ หรือมีความแข็งแกร่งขึ้น บุคคลก็จะคืนสู่ภาวะสุขภาพดีอย่างเดิม

การพยาบาลเป็นวิชาชีพเฉพาะซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวแปรทั้งหลาย ที่มีผลต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งรบกวนชีวิต โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล เป้าหมายของการพยาบาลคือการดำรงรักษาและส่งเสริมให้ระบบบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล โดยการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการเพื่อช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนให้ดำรงรักษาหรือเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนไปในทิศทางที่ทำให้สุขภาพดี

การปฏิบัติการพยาบาล นิวแมนใช้การป้องกัน 3 ระดับ เป็นแนวทางในการปฏิบัติคือ

1. การป้องกันในระยะแรก (Primary prevention) การป้องกันในระดับนี้เกิดขึ้นเมื่อพบว่าบุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการรุกรานของสิ่งรบกวนชีวิตหรือมีโอกาสเกิดอันตรายได้ โดยบุคคลยังไม่ได้แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบใดๆ เป้าหมายของการป้องกันในระยะแรกคือ การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มุ่งเสริมความแข็งแกร่งของแนวป้องกันชนิดยืดหยุ่นเพื่อป้องกันการรุกรานสิ่งรบกวนชีวิตและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของแนวป้องกัน เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ขึ้น

2. การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention) เกิดขึ้นเมื่อการป้องกันในระยะแรกไม่ได้ผล สิ่งรบกวนเข้าสู่ระบบและระบบเกิดปฏิกิริยาขึ้น เป้าหมายของการพยาบาลในระยะที่ 2 คือ การให้การรักษายาบาลอาการต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อให้ระบบเกิดความสมดุลและเป็นปกติสูงสุด

3. การป้องกันในระยะที่ 3 (Tertiary prevention) เป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลหรือการป้องกันในระยะที่ 2 เป็นการป้องกันรบกวนต่อกระบวนการสร้างใหม่ของระบบผู้รับบริการหรือการกลับสู่ภาวะปกติหลังจากการรักษาแล้ว เป้าหมายของการป้องกันในระยะนี้คือ รักษาไว้ซึ่งความปกติสูงสุดของระบบผู้รับบริการ โดยการสนับสนุนความแข็งแกร่งที่มีอยู่และการสงวนพลังงานของระบบด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อป้องกันปฏิกิริยาต่อสิ่งรบกวนชีวิตที่จะเกิดขึ้นต่อไป หรือป้องกันการเสื่อมถอยที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสมดุลและคงที่ขึ้น การป้องกันในระยะที่ 3 มีแนวโน้มนำไปสู่การป้องกันในระยะแรก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อโรอินเป็นระบบบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ซึ่งผลของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางลบดังกล่าวเกิดเป็นสิ่งรบกวนที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นระบบบุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนชีวิตที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาแนวทางหรือความช่วยเหลืออื่นเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของแนวป้องกันในระดับต่างๆ กล่าวคือแนวป้องกันยืดหยุ่นของผู้ติดเชื้อโรอินจะประกอบไปด้วยการได้รับอาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอรวมทั้งการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและจิตใจจากบุคคลรอบข้างตลอดจนมีระบบบริการสุขภาพที่ดี ส่วนในแนวป้องกันปกติผู้ติดเชื้อโรอินจะต้องมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ มีกระบวนการทางความคิด การปรับตัวที่ดี มีแบบแผนในการเผชิญกับปัญหา ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จนปฏิบัติเป็นปกติเพื่อทำให้ระบบอยู่ในภาวะสมดุลสูงสุด ผู้ติดเชื้อโรอินก็จะมีสุขภาพดีสามารถดำรงรักษาสุขภาพไว้ได้ ฉะนั้นในการศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติดในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาถึงความแข็งแกร่งของระบบและสิ่งรบกวนที่จะเข้ามารบกวนและส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินเสียสมดุลจนไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

ดังที่กล่าวมาแล้วในทฤษฎีระบบของนิวแมนว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายหรือภาวะสุขภาพของตนเองและเมื่อพิจารณาจากปัญหาของผู้ติดยาเสพติดตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมนจะพบปัญหาของผู้ติดยาเสพติดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล โดยมองตามองค์ประกอบที่อยู่ในตัวผู้ติดยาเสพติดทั้ง 5 ด้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนวิเคราะห์ตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน

โครงสร้างพื้นฐาน	ด้านสรีระ (Physiological)	ด้านจิตใจ (Psychological)	ด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural)	ด้านพัฒนาการ (Development)	ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)
สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล (Intrapersonal environment)	-มีความไม่สุขสบายทางร่างกาย(สุขภาพอ่อนแอ ไม่มีแรงอ่อนเพลีย) -มีความจำกัดในการทำกิจกรรมดูแลสุขภาพ	-สภาพจิตใจไม่ปกติ (บุคลิกภาพไม่ดี) ขาดความเชื่อมั่น สับสน พุ่งชน -ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (รู้สึกว่าคุณค่า)	-บุคลิกไม่ชอบการเข้าสังคม -สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี -สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนไม่ดี	-พัฒนาการตามวัยไม่สมบูรณ์ เข้ากับคนรอบข้างไม่ได้ -วัยแรงงาน	-ขาดความมั่นคงทางจิตใจ -ขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
ปัญหาระหว่างบุคคล (Interpersonal environment)	-ครอบครัวไม่สนใจช่วยเหลือ -ขาดคนดูแล	-ขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากครอบครัว (ความรัก ความเข้าใจ กำลังใจ)	-ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว -ขาดการสนับสนุนจากเพื่อน	-บกพร่องในการแสดงบทบาทหน้าที่	-ครอบครัวไม่เห็นความสำคัญ
ปัญหายาภายนอกบุคคล (Extrapersonal environment)	-ชุมชนและสังคมเข้าไม่ถึงผู้ติดยาเสพติด -เป็นที่รังเกียจของสังคมและแหล่งช่วยเหลือ	-ขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสังคม (การยอมรับ กำลังใจ ความเข้าใจ)	-ขาดการสนับสนุนจากสังคม	-สภาพครอบครัวไม่อบอุ่น	-ขาดการให้โอกาสของสังคม -ขาดการยอมรับจากสังคม

1. ปัญหาด้านสรีระ(Physical problems)

เป็นปัญหาเกิดขึ้นและรบกวนการทำงานที่ของอวัยวะต่างๆรวมถึงโครงสร้างในร่างกายของผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย

1.1.ปัญหาความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ทุกวันนี้ยาเสพติดในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ยาเสพติดที่แอบอยู่เงียบๆคือเฮโรइनเพราะติดได้ง่ายกว่ายาเสพติดชนิดอื่นและเลิกยากที่สุด (ประกอบ ผู้วิบูลย์, 2541:222)จากสถิติผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทั่วประเทศและที่คลินิก ยาเสพติด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร พบว่าเฮโรइनเบอร์4 มาเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 81.3 เป็นเพศชายถึงร้อยละ 98.2 ซึ่งจากสถิติผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกว่าร้อยละ80 และอยู่ในวัยแรงงานมากเป็นอันดับหนึ่ง อุตริของยาเสพติดต่อสภาพร่างกายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะเฉียบพลันได้แก่ 2-3 ชั่วโมงหลังการเสพยา จะรู้สึกปวดท้อง โปรง สบายใจจนลึมหิว ลึมความเจ็บปวด ความพอใจเรื่องเพศลดลง หลับสนิทได้มาก อาจจะมีอาการอาเจียนและคลื่นไส้ร่วมด้วยก็ได้ ถ้าใช้ขนาดไม่มากจะรู้สึกว่าร่ากายอบอุ่นและแขน ขาหนัก ปากแห้ง ต่อไปจะอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น หากเสพมากจะรู้สึกว่าย่ำแย่ ม่านตา หรี เหงื่อออก ตัวเย็นและเขียว ถ้าเพิ่มปริมาณมากผู้เสพอาจจะตายได้เพราะสารชนิดนี้จะไปกดศูนย์ ควบคุมการหายใจในสมองทำให้หยุดหายใจได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะยาว จะทำให้เมื่ออาหาร สุขภาพทรุดโทรม บางรายน้ำหนักลดประมาณ 20 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน บางรายงานในต่างประเทศพบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการฉีดเฮโรइनเข้าเส้นวันละหลายครั้ง สูญเสียโลหิตขณะฉีดผงเข้าเส้นเลือดดำประกอบกับเกิดการติดเชื้อ จากการตรวจพบโรคติดเชื้อใน ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดของปรางค์ พลังวิจิตร(2531:422-426) พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ หัวใจและปอดมากที่สุดเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นร่างกายจะผ่ายผอมลงอย่างรวดเร็ว หมดความคิดอ่าน ปัญญาเสื่อมลงอ่อนเพลียไม่อยากทำงานมีอาการแทรกซ้อนเช่นผนังหัวใจอักเสบ ดับอักเสบ เนื้อเยื่อ อักเสบ หลอดเลือดอุดตันและอักเสบ ปอดเป็นหนอง(ทิพย์วรรณ ภูติประวรรณ,2541:267-272 ; ปกรณ์ ศิริวงและธงชัย อุณเอกภพ, 2541:293-298) ถ้ายังเสพติดต่อไปยังทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมหนักขึ้น สมองและประสาทถูกทำลายระบบต่างๆของร่างกายเสื่อมไปมักมีอายุสั้น เสียชีวิตเพราะมี โรคแทรกซ้อนหรือการผลอใช้ยาเสพติดบางตัวมากเกินไป โสภา ชูพิกุลชัยและคนอื่นๆ(2528: 60-66)พบว่าเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกายของชายไทยวัยทำงานที่ติดยาเฮโรइनมีอาการน้ำหนัก ตัวลด ร้อยละ 94.61 ความจำเสื่อม ร้อยละ 79.51 คลื่นไส้อาเจียนโดยไม่มีสาเหตุ ร้อยละ 78.98 เกียจคร้านร้อยละ 76.98 พรทิพย์ จิตรธร(2516:48) พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจากมีโรคทางกายร้อยละ16.91 จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด(สำนักงานป.ป.ส., 2523 อ้างถึงในวรรณิ พริยะจิตรา, 2525 :22) พบว่าผู้ติดยาเฮโรइन

ที่มารับการรักษาใน วชิรพยาบาลมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนอยู่ถึงร้อยละ 25.43 มีผู้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเสฟติคที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดเนื่องจากสุขภาพทรุดโทมร้อยละ 1.38, 31.5, 9.0 ตามลำดับ(บึงอร บุญรักษาสัตย์, 2533:66 ; สักดินา บุญเปี่ยม, 2534:64 ; สำนักงาน ป.ป.ส., 2539 เมื่อร่างกายมีความผิดปกติส่งผลต่อการดูแลตนเองทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

1.2. ปัญหาความจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ปัญหาการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่พบบ่อย โดยพบว่าพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อโรอื่นทางเส้นเลือดมักไม่สนใจรักษาความสะอาดร่างกาย ผิวหนังและเล็บ ไม่สนใจการเรียนและการทำงาน มักเกียจคร้าน นอนหลับทั้งวัน ไม่ชอบทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น(จงกล ทองโถม, 2533:46-48) ขาดความสนใจต่อสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร มักไม่ยอมรับรับประทานอาหาร รวมทั้งไม่สนใจรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย น้ำหนักตัวลด ร่างกายผ่ายผอม ชูบซิด ปัญหาในการเข้ารับการบำบัดรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อเสฟติคเป็นเวลานาน มักขาดความสนใจสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงละเลยที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา(สุพัตรา สุภาพ, 2526:114) และในขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารนอนหลับหรือยากล่อมประสาทขนาดสูงควบคู่ไปด้วย เพื่อระงับอาการเสียนยาหรือขาดยา เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นทำให้เกิดความจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเสฟติค ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

2. ปัญหาด้านจิตใจ(Phychological problems)

เป็นสิ่งที่รบกวนที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเสฟติคมีความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจและมีความจำกัดทางจิตใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

2.1. ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ เฮอร์อื่นส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ช่วงแรกจะทำให้เคลิบเคลิ้มอารมณ์ดี มีความสุข ในระยะยาวทำให้สภาพจิตใจแปรปรวน มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สมรรถภาพทางจิตใจเสื่อม อารมณ์และจิตใจไม่ปกติ เปลี่ยนแปลงง่ายและการที่ระบบประสาทถูกกดนานๆ ย่อมทำให้เกิดความผิดปกติกับจิตใจกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม การตัดสินใจไม่ดี มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เห็นภาพหลอน สัมผัสหลอน การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้ตนเองไม่ดี โสกา ชูพิกุลชัยและคนอื่นๆ(2528:60-66) พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของชายไทยวัยทำงานที่ติดเชื้อโรอื่นพบว่ามีความวิตกกังวลร้อยละ 83.29 หงุดหงิดร้อยละ 90.30 มีโรคทางจิตประสาทร้อยละ 11.54 สวัสดิ์ ศรีสมทรัพย์(2528 อ้างถึงในกองป้องกันและบำบัดการติดเชื้อเสฟติค, 2529:99) พบว่าปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อโรอื่น 3 อันดับแรกคือนอนไม่หลับ หงุดหงิด ใจสั่นตามลำดับ อรรถพร วิสุทธิธรรม(2541: 665-670) ศึกษาผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญาในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 จำนวน 27 ราย พบอาการโรคจิตคือการตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าว นอนไม่หลับ หวาดระแวง พฤติกรรมพิลึก

ประสาทหลอน สับสนและอารมณ์ผิดปกติตามลำดับ บางอาการคล้ายคลึงกับอาการของโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง บางคราวเกิดร่วมกับอาการหลงผิดว่ามีคนพูดถึงตนหรือจะมาทำร้ายตนเอง อาการต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนไม่สามารถประกอบอาชีพและปฏิบัติภาระกิจในหน้าที่ประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

2.2. ความจำกัดทางจิตใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่เมื่อใช้เฮโรอีนไปนานๆจะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมักขาดระเบียบวินัย เจ้าอารมณ์ โมโหง่าย(ประภาส สุขพรรณชัย,2536:2) บางรายอาจมีความผิดปกติทางจิตเวช มีประสาทหลอน เห็นภาพหลอนหรืออาจเกิดหูแว่วดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความจำกัดในการดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

3. ปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรม(Socio- Cultural problems)

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนการทำหน้าที่ร่วมกันทางสังคม-วัฒนธรรมของผู้ติดเฮโรอีน โดยปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรมประกอบด้วย

3.1. ขาดการสนับสนุนทางสังคม วัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงานนี้จุดศูนย์กลางของสัมพันธภาพคือครอบครัว ส่วนผู้ที่ยังไม่มีคู่ครองและครอบครัวยังคงให้ความสำคัญต่อกลุ่มเพื่อนร่วมวัยต่อไป ความเข้มของความสัมพันธ์เริ่มลดลง จำนวนสมาชิกของกลุ่มมักจะน้อยลงด้วย ครอบครัวเป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสำคัญมาก(จริยวัตร คมพักษ์, 2531:99) ซึ่งบราวน์และแมคเอลลี(Brow,1986: 4-9 ; Macelveen,1978:319-337) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยด้านวัสดุสิ่งของ แรงงาน เงิน การได้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรักเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพ อนามัยและมีสุขภาพดี คาลด์เวลล์(Caldwell,1988 อ้างถึงในบุหงา ภูษะคราม,2533: 8-13)ได้กล่าวว่าครอบครัวมีความรับผิดชอบที่จะสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพสังคม อารมณ์ และจิตใจ ในอันที่จะรักษาไว้และเพิ่มพูนความสุขของสมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติของพ่อแม่มีผลต่อลูกทั้งด้านบวกและด้านลบ ถ้าเป็นด้านลบจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพจิตใจของลูกเพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ลูกแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับเช่นก้าวร้าว เกเร ดิฉลาดเสพติดหรืออาจถูกชักจูงไปในทางที่เสื่อมเสียได้ง่ายจะเห็นได้ว่าการสื่อสารในครอบครัวการอบรมเลี้ยงดูตลอดจนพฤติกรรมของครอบครัวที่มีต่อบุคคลนั้นก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ภายในครอบครัว เมื่อสัมพันธภาพครอบครัวไม่ดีบุคคลมักจะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจากสถิติจำนวนผู้เข้ารับการ

บำบัดยาเสพติดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล(ป.ป.ส.,2540:6) พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ราบรื่นและเหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาคือการถูกขอร้องจากครอบครัวให้เลิก มีจำนวนร้อยละ22 ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์(จริยาวัตรคมพักษ์,2531:10) สุมาลี สังข์ศรี(2539:26) พบว่าประชากรวัยแรงงาน ร้อยละ 87 มีเจตคติต่อด้านยาเสพติดในระดับมาก โดยการได้รับข้อมูลจากการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน เป็นอันดับที่2 แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของเพื่อนในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ ซึ่งการที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนฝูงหรือเพื่อนที่เสพด้วยกันมีส่วนทำให้เลิกใช้ยาและเข้ารับการบำบัดรักษาร้อยละ25.38,16.67(พรทิพย์ จิตธรร, 2516:45 ; วรณี พิริยะจิตรรา, 2525:53 ตามลำดับ) จากการศึกษาของขวัญตา ภูริวิทย์ธรร(2541:62) พบว่าผู้ติดยาเสพติดเชื่อว่าบางครั้งรู้สึกเหงาและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า จึงตัดสินใจทำอะไรลงไปโดยขาดความยั้งคิด เช่น เมื่อเกิดความรู้สึกหงุดหงิดจากการไม่ได้เสพเฮโรอีน ผู้ติดยาเฮโรอีนมักจะเก็บความรู้สึกนั้นไว้คนเดียวหรือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักหาทางออกด้วยการกลับไปเสพเฮโรอีนอีก ผู้ติดยาเฮโรอีนส่วนใหญ่ไม่มีความสนิทสนมกับสมาชิกคนใดในครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจเกิดขึ้นก็ไม่กล้าบอกหรือปรึกษาปัญหากับบุคคลอื่น บางคนเก็บเอาความไม่สบายใจไว้คนเดียวเมื่อหาทางออกไม่ได้ก็กลับไปใช้ยาเสพติดอีก จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก(Rosenberg,1972 อ้างถึงในณิพนธ์ นิลกาญจน์, 2533:7) พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดระหว่างพ่อกับลูก มีความสำคัญในการพัฒนาความนึกคิดที่ดีเกี่ยวกับตนและคอปเปอร์สมิธ(Copersmith, 1967:44) กล่าวว่า การยอมรับจากพ่อแม่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

3.2. ความจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ โอเรมกล่าวว่าภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อการดูแลตนเอง รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น(Orem,1985:175) ยูพาพร อรุณศิริศักดิ์(2539:31) ศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรมการผลิตทั้งกลุ่มที่เคียดสิ่งเสพติดและกลุ่มที่ไม่เคียดสิ่งเสพติดส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละประมาณ 2500-4900 บาท ผู้ติดยาเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลปี พ.ศ. 2539 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่ามีจำนวนร้อยละ15.97 เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเหตุผลไม่มีเงินซื้อเฮโรอีน และในการเข้ารับการบำบัดรักษานั้นจะต้องเดินทางไป-มาเพื่อรับยาเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวมากยิ่งขึ้น ขอมส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

4. ปัญหาด้านพัฒนาการ(Developmental problems)

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนการแสดงบทบาทหน้าที่หรือกระบวนการในการพัฒนาชีวิตของผู้ติดเฮโรอีน ประกอบด้วย

4.1 ความบกพร่องในการทำงานตามหน้าที่วัยผู้ใหญ่ที่มีความเจริญเติบโตทางกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ จะควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้นมีความคับข้องใจน้อย มีความแน่ใจ มีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าระยะวัยรุ่น พัฒนาการที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่การประกอบอาชีพ การเลือกคู่ครอง การปรับตัวในชีวิตสมรส การประกอบอาชีพเป็นพฤติกรรมที่ชี้วัดความเป็นผู้ใหญ่(ศรีเรือน แก้วกังวาล , 2538 : 457)โดยเหตุที่งานคือส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นแหล่งที่มาของรายได้ ซึ่งมีผลสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของความภูมิใจ ศักดิ์ศรี การยอมรับในสังคมและความเป็นอิสระเสรี สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่มีคุณค่ายิ่งต่อมนุษย์เรา ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่ขึ้นพัฒนาการทางด้าน Psychosexual ได้หยุดชะงักหรือถอยกลับไปสู่วัยทารก การขาดบิดาที่เข้มแข็งและมีมารดาที่ตามใจเกินไปทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเรียนรู้ได้ว่าในความเป็นจริงความต้องการของเขาไม่อาจได้รับการตอบสนองทุกอย่าง อีริกสัน(Erikson 1963:28) อธิบายว่าผู้ติดยาเสพติดได้หยุดการพัฒนาอยู่ในขั้น Oral Stage ทำให้เขาต้องแสวงหาสิ่งที่ทำให้เขามีความสุขอย่างทารก โดยการเลือกใช้ยาเสพติดเข้าทางปากหรือทางผิวหนังเพื่อทำให้เขามีความสุขหรือความพอใจ ผู้ที่ติดยาเสพติดมักจะมีปัญหาทางบุคลิกภาพเป็นพื้นฐาน การใช้ยาเสพติดจึงเป็นลักษณะนิสัยของเขาที่ใช้ในการปรับความรู้สึกอารมณ์ให้สอดคล้องกับโลกภายนอก การที่มีบุคคลในครอบครัวติดยาเสพติดมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวหลังมีบุคคลในครอบครัวเสพติดเฮโรอีนในด้านต่างๆ นิพนธ์ วีระสุนทร(2520:68) พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยกลุ่มติดยาเสพติดได้ต่ำกว่า 3 เดือน ของโรงพยาบาลรณรงค์รักษ์ รู้สึกเสียใจและกังวลใจ ร้อยละ 63.33 รังเกียจ โกรธ ร้อยละ 18.33 โศภา ขุพิณุลชัยและคนอื่นๆ(2528:77-78) พบว่าชายไทยวัยทำงานหลังติดยาเสพติดแล้วกลายเป็นคนละทิ้งความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว ร้อยละ 74.93 ขัดแย้งต่อพ่อแม่ ร้อยละ 72.51 ใช้วิธีรุนแรงในการแก้ไขปัญหามารดาในครอบครัว ร้อยละ 55.80 มีประวัติขาดงานบ่อย ร้อยละ 79.25ถูกตำหนิว่ากล่าวตักเตือนเรื่องงานบ่อยๆ ร้อยละ78.17ไปทำงานสายร้อยละ45.01เป็นที่รังเกียจของคนอื่นร้อยละ77.09 ขัดแย้งกับเพื่อนร้อยละ64.15 ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลที่รู้จักร้อยละ 78.17 มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ79.25 เป็นหนี้สินร้อยละ64.42 ขอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงินร้อยละ75.47 การติดยาเสพติดจึงไม่เป็นที่ต้องการของสังคม

4.2.ความบกพร่องในชีวิตสมรส วัยผู้ใหญ่จะให้ความสำคัญกับเพื่อน ครอบครัวและชีวิตคู่ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวติดยาเสพติดย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของครอบครัว

ครัวด้วย อร์น สุวรรณบุปผาและคนอื่นๆ(2519:31-32) พบว่าผู้ติดเชื้อโรอินมีการเปลี่ยนแปลงในที่อยู่อาศัยคือก่อนติดยาอยู่ในครอบครัวตนเอง ร้อยละ 21.03 หลังติดยาอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 15.52 นอกจากนั้นยังพบอีกว่ามีผู้ติดเชื้อโรอินที่มีสถานภาพสมรสก่อนการติดยาคือหย่า ร้อยละ 4.83 ส่วนสถานภาพสมรสหลังติดยามีการหย่า ร้อยละ 10.69 ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจของตัวผู้ติดเชื้อเสพติดเอง บางรายเมื่อเสพเสพติดไปนานๆ มีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศและอาจเกิดความขัดแย้งในชีวิตครอบครัวได้ การขาดการสนับสนุนของครอบครัวทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพ

5. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual problems)

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและรบกวนความมั่นคงทางจิตใจรวมถึงความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อโรอิน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ บุคคลที่ติดยาเสพติดให้โทษพบว่าแบบอย่างของการพัฒนาทางจิต มีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางด้านลบ(ปราณี ภาณุมาศ, 2529) การขาดความสำเร็จเป็นที่มาของการมีความนึกคิดที่ไม่ดีต่อตนเอง ครอบครัวและเพื่อนมีความสำคัญมากกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน บุคคลที่มีความนึกคิดเกี่ยวกับตนไม่ดี มักชอบแยกตัวเองและกลัวต่อการวิพากวิจารณ์ ขาดความคิดริเริ่ม ขี้ขลาดในการกระทำบางอย่าง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเสพติดมักจะมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว อ่อนไหว เจ็บ เลือขซา การใช้ยาเสพติดเพื่อหนีความวุ่นและความเบื่อหน่ายของชีวิต(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2522:30) นิพนธ์ วีระสุนทร(2520:67) พบว่าบิดามารดาและบุคคลที่อยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเสพติดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ที่อดยาเสพติดได้ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แสดงความรังเกียจและโกรธผู้ติดเชื้อเสพติดน้อยกว่าบิดามารดาและบุคคลที่อยู่ร่วมกันของผู้ที่อดยาเสพติดได้ต่ำกว่า 3 เดือน ความเชื่อเป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ(จรรยา สุวรรณทัต, 2524 :9-11) พรศิริ ขาดิยานนท์(2520: บทคัดย่อ) และชาญคณิต ก. สุริยเมธี(2529: บทคัดย่อ)พบว่าบิดามารดาและบุคคลอยู่ร่วมครอบครัวไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดแสดงความรังเกียจและโกรธผู้ติดเชื้อเสพติดเป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเสพติดไปติดยาอีก การที่จิตใจไม่เข้มแข็งทั้งจากลักษณะบุคลิกภาพและจากฤทธิ์ของยาเสพติดย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินวัยทำงาน

ปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอินเป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งรบกวนชีวิตเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายหรือภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินวัยทำงานมีดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ติดเชื้ออื่นซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพได้แก่

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงปริมาณและวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลต้องการและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นข้อบ่งชี้ถึงฐานะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้น ภาวะจิตใจ การรับรู้ความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลมีฐานะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก(Orem,1985:154) วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีฐานะมาก มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง สามารถยอมรับและรับผิดชอบต่อการกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง(Lambert, 1979:210 อ้างถึงใน อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์,2531:17)โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกขึ้นด้วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดน พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีด้วย(เสมอจันทร์ อะนะเทพ,2535:85) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสิขัย (2532:92)ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยการป้องกันโรคเอดส์ในผู้เสพยาโรอื่นทางเส้นเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ (2541:64) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงเป็นที่น่าสนใจว่าอายุมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพหรือไม่

ระดับการศึกษา

การศึกษาจัดว่าเป็นประสบการณ์ของชีวิตทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาและแก้ไขปัญหามีเหตุผล นอกจากนี้การศึกษายังเป็นกระบวนการที่ใช้พัฒนามนุษย์ทั้งทางด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติและพฤติกรรมที่มีคุณค่า จากแนวคิดของโอเรม (Orem,1995 :267) เชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถของผู้ดูแลเพราะว่าการศึกษทำให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าและแสวงหาความรู้ ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา

สุขภาพได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อยมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพสูงด้วย(นิตยา ภาส นันท์, 2529: 76 Kasl & Cobb 1966:250 ; Becker,et al. 1978:274-275) จากสถิติในการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อโรอื่นของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ(จำเรียง กุระสุวรรณและคณะ,2527 ; ดวงพร รัตนอมรชัย,2535 ; ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล,2539) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532:92) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นทางเส้นเลือดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมอนามัยในการป้องกัน โรคเอดส์ไม่แตกต่างกันและการศึกษาของเสมอจันทร์ อนะเทพ(2535: 86) ที่พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของขวัญดา ภูริวิทย์ธีระ(2541:64) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นทางเส้นเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาจึงน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

การเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยเป็นผลกระทบกับภาวะสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัวโดยเฉพาะกับผู้ที่เจ็บป่วยเองเช่นความไม่สุขสบาย ความเจ็บป่วย ความเครียด ความวิตกกังวล ยิ่งถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น(Orem,1995 :276) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงแรกๆอาจไม่มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆเนื่องจากยังไม่ได้รับความรู้และประสบการณ์ จากการศึกษาลักษณะการเจ็บป่วยเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจไปรับบริการรักษาจากแหล่งต่างๆและยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาอีกด้วย ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(ช่อกิ่ง ชูครุฑ, 2541: 77; อรัญณี มงคลนวเสถียร, 2541:83 ; วิภาวี ทองไพรวรรณ, 2541:88) และผู้สูงอายุที่มีประวัติมีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว(ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล,2539) จึงคิดว่าการเจ็บป่วยน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

ประวัติการใช้ยาเสพติด

การติดยาเสพติดเป็นสภาวะที่ร่างกายได้รับยาเข้าไปจะทำให้ระบบการทำงานต่างๆของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทุกระบบเช่นกล้ามเนื้อคลายตัวนาน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก หายใจช้า เป็นต้น ยิ่งร่างกายได้รับยาเสพติดเป็นเวลานานก็จะทำให้ร่างกายมีสภาพเคยชิน หากเมื่อใดที่ร่างกายไม่ได้รับยาเสพติดจะเกิดความต้องการอย่างสุดกลั่นได้แต่เมื่อไม่ได้รับยาร่างกายจะแสดงอาการขาด

ยาหรือถอนยาซึ่งอาการขาดยาหรือถอนยานี้จะมากขึ้นอยู่กับชนิดของยาเสพติด ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด ปริมาณยาเสพติดที่ใช้และวิธีการใช้ยาเสพติด การได้รับเฮโรอีนเข้าสู่ร่างกายที่เข้มข้นและเป็นจำนวนมาก ย่อมทำให้สภาพร่างกายทนต่อการขาดยาได้น้อย เมื่อเข้ารับการบำบัดรักษาแล้วมีอาการขาดยาเกิดขึ้น ทำให้เกิดความทรมานทรมายต้องแสวงหามาเสพจนได้ ซึ่งยังมีปริมาณมากเท่าไรก็ยังมีอาการหวนกลับมาเสพเร็วขึ้น การติดเฮโรอีนนานๆจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีผลต่อสุขภาพอนามัย มักขาดความสนใจในสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม(สุพัตรา สุภาพ, 2526:144) โดยระยะเวลาที่ติดเฮโรอีนนานขึ้นจะทำให้การหยุดเสพยาทำได้ยากขึ้น(โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2530) ศึกษาระยะเวลาที่ติดเฮโรอีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(ช่อกิ่ง ชูครุฑ, 2541:77 ; อรัญณี มงคลนวลเสถียร, 2541:83 ; วิภาวี ทองไพรวรรณ, 2541:88) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535:86) ที่พบว่าระยะเวลาที่ติดยาเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด และการศึกษาของขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ(2541 :65) ที่พบว่าระยะเวลาในการติดเฮโรอีนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนทางเส้นเลือด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการศึกษาของสุวิไล แสงวัฒน(2533:121) ที่พบว่าผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือดที่มารับการบำบัดรักษายังคงมีความห่วงใยและสนใจในสุขภาพตนเองรวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าประสบการณ์การใช้ยาเสพติดน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

2.ปัจจัยระหว่างบุคคล หมายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นระหว่างระบบบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน ได้แก่

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทมากในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีคู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรสเพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากกว่าผู้อื่นจึงมีโอกาสนำให้การสนับสนุนช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระการดูแลตนเองได้(Hass 1990:162) ผลของการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย โดยจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและยังส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ให้ทำงานดีขึ้นยากต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต ลดความเครียดเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงในขณะเดียวกันจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดูแลตนเอง จากการศึกษาต่างๆพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นตัวทำนาย

ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีที่สุด(สมจิต หนูเจริญกุล, 1989:21-27 ; จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532 :173 ; อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534:40) จึงคิดว่าสถานภาพสมรสน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

สันทนการ

เป็นการใช้ช่วงเวลาในแต่ละวันที่เหลือจากการทำกิจกรรมที่บุคคลจะต้องทำและบุคคลจะใช้เวลาว่างทำอะไรก็ได้ตามที่ปรารถนา(รัชนี ลาขโรจน์, 2529:100) ว่างแรงงานหรือวัยผู้ใหญ่เป็นระยะสำรวจเพื่อหาแนวทางชีวิตที่ตนพอใจจึงเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มน้อยลงจะใช้เวลาส่วนใหญ่ให้กับการทำงาน คู่รัก และชีวิตครอบครัว กิจกรรมสันทนการของวัยนี้มักจะหาความสุขหรือเพลิดเพลินจากการดูแลลูกที่ยังเล็กอยู่หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ตามความสนใจ แต่จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติดของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครปีงบประมาณ 2541 พบว่ามีสถานภาพสมรสโสดถึงร้อยละ 53.03 ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำร้อยละ 87.18 ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง พักอาศัยอยู่กับเพื่อนและครอบครัวในเขตกรุงเทพและปริมณฑล เพื่อนส่วนใหญ่ติดยาเสพติดเมื่อมีเวลาว่างจึงชักชวนกันไปเสพยาเสพติดเป็นประจำ ซึ่งเมื่อใช้ยาเสพติดจนเกิดอาการติดยาแล้วจะส่งผลให้เกิดสุขภาพทรุดโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ชอบทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มักเก็บตัวอยู่คนเดียวตามลำพังหรืออยู่ร่วมกับกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนด้วยกัน(จงกล ทองโหม, 2533: 46-48) ทำให้ไม่สนใจในการดูแล เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง สันทนการจึงน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

สัมพันธภาพภายในครอบครัว

ครอบครัวคือสถาบันแห่งแรกที่มีมนุษย์สร้างขึ้น มีความรับผิดชอบที่จะสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม อารมณ์และจิตใจในอันที่จะรักษาไว้และเพิ่มพูนความสุขของสมาชิกในครอบครัว บราวน์และแมคเอลวิน(Brow, 1986:4-9 & Macelveen, 1978:319-337) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โคเฮน และวิลส์(Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในจริยาวัตร คมพักษ์, 2531:96) กล่าวถึงผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงและลดภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี ครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นต่อกัน มีความรู้สึกขั้นพื้นฐานในการสร้างพฤติกรรมและแบบแผนท่าทีของบุคคลในครอบครัว เป็นแหล่งที่อบรมเลี้ยงดูบุตร รูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูมีผลต่อพฤติกรรมของคน ปึงจัยทางจิตใจหรือจิตวิทยาเป็นปัญหาสำคัญที่สุด ซึ่งอาจพบในลักษณะบุคลิกภาพอ่อนแอ หลงผิดหลงเชื่อง่าย หลีกหนีความคับแค้นต่างๆ บุคลิกภาพผิดปกติ เกเร ปมด้อย ใช้อวด ขาดระเบียบวินัยและแนวความคิดที่ดี

บุคลิกภาพปกติแต่มีแนวโน้มที่จะพึ่งอาศัยมากกว่าการต่อสู้ ความตึงเครียดของจิตประสาทของคนในชีวิตประจำวันเหล่านี้เมื่อเสพยาและติดยาแล้วก็เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ไม่มีความอดทนอดกลั้นต่อปัญหาหรือความเดือดร้อนใดๆ เคยชินต่อการใช้ยาเข้ามาเป็นวิธีบำบัด หรือหลีกเลี่ยงความเป็นจริงของชีวิตประจำวัน สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขผลักดันให้คนใช้ยาเสพติดมากที่สุดเช่นเดียวกับผลการวิจัยของอรุณ เชาวนาศรี(2514) ที่พบว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มที่ติดยาเสพติดมาจากบ้านที่มีความแตกแยกหรือครอบครัวขาดความรักและความเข้าใจ และเสริม ปุณณะหิตานนท์ (2519) ที่ทำการศึกษพบว่าสาเหตุอีกประการหนึ่งของการติดยาเสพติดมาจากความร้าวฉานในครอบครัว นพรัตน์ เสริมพานิชได้นำความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมาศึกษาเปรียบเทียบกับเยาวชนที่ติดและไม่ติดยาเสพติดให้โทษ พบว่าสามารถจำแนกประเภทระหว่างเยาวชนที่ติดและไม่ติดยาเสพติดให้โทษออกจากกันได้ โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีจะเป็นเยาวชนที่ไม่ติดยาเสพติด สภาพทางครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด พบว่าวัยรุ่นเหล่านี้มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ไม่ราบรื่น กล่าวคือมีความขัดแย้งกันมากและแตกต่างกันและมักเป็นบุตรที่มีบิดามารดาไม่ค่อยสนใจ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการและไม่มีความหมายต่อครอบครัว สุชาติ บัณเฑาะพุก(2519) ทำการวิจัยพบว่าสิ่งที่ผู้ติดยาเสพติดปรารถนามากที่สุดคือความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ ปัญหาทางครอบครัวที่ทำให้เกิดการเสพยาเสพติดอีกครั้งแล้วครั้งเล่าก็คือปัญหาที่ครอบครัวไม่ยอมรับเพราะไม่เชื่อว่าหายจากการติดยาเสพติด ความไม่เข้าใจกันในครอบครัว ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว ภรรยาไม่ไว้วางใจและทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว แต่หากว่าบุคคลใกล้ชิดมีปฏิกริยาในทางบวก แสดงให้เห็นว่ามีความห่วงใยและตระหนักถึงผลร้ายของยาเสพติด ซึ่งเมื่อเสพแล้วจะมีแต่โทษเพียงสถานเดียว เป็นกำลังใจแนะนำให้เลิกและเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นผลเช่นเดียวกับที่สุพักตร์ วานิชเสนี(2529) ทำการศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก พบว่าการให้ความเอาใจใส่และความเข้าใจของญาติ มีผลต่อการทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเลิกได้ ดริรัตน์ เวชพานิชย์(2530:93) พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนวันของการมารับการบำบัดรักษาชั้นตอนพิษแบบผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นิพนธ์ วีระสุนทร(2520:39) พบว่าลักษณะโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความพยายามและความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติด

สัมพันธภาพกับเพื่อน

เพื่อนเป็นกลุ่มบุคคลทางสังคมที่ใกล้ชิดกลุ่มหนึ่งมีความสัมพันธ์เป็นส่วนตัวกับผู้ติดยาเสพติด พบว่าเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลหันไปหาเสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดมักจะคบหาเพื่อนที่ให้ความยกย่องนับถือตน จะรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ต้องการของกลุ่มและเพื่อนจะมีอิทธิพล



อย่างมากในการให้ข้อมูล การชักชวนใช้ยาเสพติด ในทางตรงกันข้ามนาวลิส(Nowlis, 1975 อ้างถึงในศรีสมบัติ บุญเมือง, 2527:10) ยืนยันว่ากลุ่มเพื่อนเป็นแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดที่ดีที่สุดเช่นกันและปฏิกิริยาของผู้ใกล้ชิดจะมีผลต่อการกลับไปเสพเฮโรอินอีกหลังการรักษา คือถ้าผู้ใกล้ชิดเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างเข้าใจ มีแนวโน้มที่จะทำให้ผลการรักษาดีกว่าถึงแม้ว่าที่อยู่อาศัยจะมีลักษณะอย่างไร จะไกลหรือใกล้แหล่งขายเฮโรอินจะไม่มีผลต่อการกลับไปเสพใหม่หลังการรักษาเลย ฉัตรวุฒิ เนาวประดิษฐ์(2528:24) ซึ่งกล่าวว่ากลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญทั้งนี้เพราะว่าในช่วงชีวิตของคนเรานั้นเราไม่สามารถหลีกเลี่ยงกลุ่มเพื่อนไปได้แล้วแต่ว่ากลุ่มเพื่อนจะมากหรือน้อยจากการคลุกคลีกับกลุ่มเพื่อนทำให้บางครั้งอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจะามีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลและเป็นแรงหนุนในการตัดสินใจ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ว่างงาน ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นกลุ่มที่ติดเฮโรอินด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นเพื่อนที่ไม่ได้ติดเฮโรอิน สอดคล้องกับสมบัติ สุพัฒนชัย(2535:43-44) ซึ่งกล่าวถึงเพื่อนว่าเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญมากสำหรับมนุษย์ ในผู้เสพยาเสพติดเพื่อนยังเพิ่มค่าสำคัญไปมากกว่าเดิม เพื่อนจะเป็นผู้ชักนำมิให้ผู้เสพยาเสพติดกลับไปคลุกคลีกับเพื่อนฝูงที่ติดยาเสพติดอีก บทบาทของเพื่อนในการให้กำลังใจแก่ผู้เสพยาเสพติดนั้นมีเท่าเทียมกับครอบครัว เพื่อนที่ดื่นนอกจากจะสามารถชักจูงให้ผู้เสพยาเสพติดไปในทางที่ถูกต้อง ยังเป็นที่พึ่งทางใจแทนยาเสพติดด้วย วรณี พิริยะจิตรา(2525:53) ซึ่งสัมภาษณ์ผู้ติดเฮโรอินที่มารับการรักษาพบว่าร้อยละ 16.67 มารับการรักษาโดยเพื่อนที่เสพด้วยกันชักนำ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา เทือกสุบรรณ(2538:32) ซึ่งศึกษาการขยายการบำบัดรักษาเสพติดเข้าสู่ชุมชน: กรณีศึกษาผู้ติดยาเสพติดตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 54 คน มารักษาโดยเพื่อนแนะนำมา 5 คน ร้อยละ 9.25 และสอดคล้องกับแบคแลนด์และแลนด์เวล(Backland & Landwall, 1975:738-783 อ้างถึงในจริวัตร คมพักษณ์, 2535:18) ซึ่งพบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมารับบริการอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอิน

3. ปัจจัยภายนอกบุคคล หมายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายนอกกระบวนการ

ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอิน ได้แก่

รายได้

รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดรวมทั้งมีอิทธิพลต่อการบรรลุถึงความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะเศรษฐกิจและสังคม เพนเดอร์(Pender, 1987: 161-162) กล่าวว่าฐานะเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้ที่มีสถานภาพทาง

เศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ ผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันจึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพพลดน้อยลง ทั้งนี้เพราะความยากจนทำให้มีขีดจำกัดในการที่จะดูแลสุขภาพอันจะมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิตและรายได้ของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคอีกด้วย(Kasl & Cobb, 1966:250) จากการศึกษาของเยาดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบชนิดไวรัสบี และการศึกษาของรัตนา มาศเกษม(2527:176-178) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมูและการศึกษาของภัทรา จุลวรรณ(2529:ก) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของขวัญตา ภูริวิทยธีระ (2541:63) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นทางเส้นเลือดอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 รายได้จึงน่าจะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

อาชีพ

ตามแนวคิดของโอเรมอาชีพถือเป็นปัจจัยหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต(Orem,1985:267) ที่บ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นในวัยนี้เพราะเป็นเครื่องบ่งชี้ความเป็นผู้ใหญ่ นอกจากจะทำให้มีฐานะทางการเงินแล้วยังทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ มีความมีหน้ามีตา มีความมั่นคงทางจิตใจได้ตั้งตัวเป็นหลักเป็นฐานได้รับการยอมรับในสังคม เป็นการสร้างฐานะทางครอบครัวสังคม มีเกียรติและมีความสำเร็จในชีวิตด้านต่างๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล,2539:483) จากการศึกษาของป.ป.ส. พบว่ากลุ่มที่เป็นผู้ใช้แรงงานเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีการใช้ยาเสพติดมากที่สุดแบ่งออกเป็น5กลุ่ม(กองป้องกันยาเสพติดป.ป.ส.,2540:5-11)ได้แก่กลุ่มผู้ใช้แรงงานขนส่ง กลุ่มประมงกลุ่มผู้ใช้แรงงานภาคเกษตร กลุ่มผู้ให้บริการในสถานเริงรมย์และกลุ่มสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดใหญ่และยังพบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและอาชีพมีผลต่อการใช้ยาเสพติดมากที่สุด เพราะต้องใช้ยาเพื่อให้ร่างกายทนทานต่องานหนักได้เป็นเวลานาน เพื่อมีรายได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีฐานะยากจน อาชีพรับจ้างหรืองานที่ต้องใช้แรงงานมากเช่นงานรับจ้าง กรรมกรแบกหาม ถางไร่ เป็นอาชีพที่ต้องใช้ยาเป็นประจำโดยเชื่อว่ายามีผลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้ร่างกายอดทนต่องานหนักเป็นเวลานาน ผู้ใช้แรงงานจึงรับเอายาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต(จิตรลดา ถัมจัญญ,2539:98)ข้อมูลผู้ติดเชื้อโรอื่นเข้ารับการ

บำบัดรักษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปี พ.ศ.2539 ของ ป.ป.ส. พบว่าเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นผู้มีงานทำร้อยละ 54.02 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 46.3 และค้าขายร้อยละ 20.58 จึงคิดว่าอาชีพมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินได้

ความสะดวกในการมารับการบำบัดรักษา

ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการทางการแพทย์เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างระยะทาง และการไปใช้บริการในสถานพยาบาลประชาชนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลจะส่งญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงเข้ามารับการรักษาของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างไกลออกไป ลักษณะความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการเลือกใช้บริการเพื่อการรักษา มีการศึกษาพบว่าทางเลือกวิธีการรักษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ(05) กับลักษณะโรคกล่าวคือผู้ป่วยที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยไม่ว่าเล็กน้อยหรือรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยต่างซื้อยากินเองเป็นอันดับแรกมากที่สุดแต่ผู้ป่วยเรื้อรังจะไปรับการรักษาพยาบาลของรัฐบาลมากที่สุดและในการเลือกรักษาอันดับที่ 2 พบว่าไม่ว่าโรคจะมีลักษณะเล็กน้อยรุนแรงหรือเรื้อรังต่างเลือกที่จะใช้บริการจากภาคเอกชนพอๆกับภาครัฐ ยังพบอีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจะมีการเลือกใช้บริการรักษาที่มีแพทย์มากที่สุด(ร้อยละ 70) รองลงมาได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและเล็กน้อย(ร้อยละ 67 และ 63 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงจะมีการเลือกใช้บริการที่มีแพทย์น้อยที่สุดประมาณร้อยละ 60(วาทีณี บุญชะลิกษ์,2530) จากแนวคิดและการศึกษาวิจัยต่างๆสรุปได้ว่า คนเราจะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยว่ามีมากน้อยรุนแรงแค่ไหนจะต้องเข้ามารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการใดหรือไม่นั้น ประสบการณ์ของความเจ็บป่วยในอดีตของตนเองและบุคคลข้างเคียงมีความสำคัญต่อการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยนั้น และในการเลือกแหล่งบริการเพื่อการรักษานั้นบุคคลจะเลือกพิจารณาแหล่งที่คิดว่าจะได้รับผลประโยชน์สูงสุดคือสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่มีผลดีต่อการรักษามากที่สุด ดังนั้นในพื้นที่ที่มีแหล่งบริการให้เลือกมากพอและผู้ป่วยคาดว่าสะดวกและคุ้มค่าต่อการเลือกใช้ ผู้ป่วยจะเลือกใช้บริการโดยมีปัจจัยต่างๆทั้งทางด้านส่วนบุคคลโอกาสในการเข้าถึงบริการเป็นตัวกำหนดในการเลือกแหล่งบริการนั้นเมื่อคนไปใช้แหล่งบริการสุขภาพมาก ก็จะได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองและมีการสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วย ความสะดวกในการมารับการรักษาจึงน่าที่จะมีผลต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน

ความสะดวกในการซื้อหายาเสพติด

สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการติดยาเสพติด ประชาชนมีโอกาสติดยาเสพติดได้ถ้าหากยาเสพติดหาง่ายหรือที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งค้ายาเสพติด ซึ่งแหล่งที่พบเห็นว่ามีคนติดยาเสพติดหรือสามารถซื้อขายยาเสพติดกันค่อนข้างมากคือแหล่งเสื่อมโทรม เกิดขึ้นทุกเมือง

ที่ขยายตัวเมือง ผู้ติดยาเสพติดมักจะอาศัยอยู่ตามบ้านซึ่งมีลักษณะเป็นห้องๆ ในศูนย์กลางของเมือง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าในเมืองที่ซึ่งไม่มีผู้ใดพิจารณากิจกรรมและการกระทำของเขา และได้มีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัด ระหว่างโครงสร้างทางนิเวศน์วิทยากับการแพร่กระจายของการติดยาเสพติดซึ่งจะระบามากในท้องที่มีประชากรหนาแน่น ภาวะเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำและหมู่ชนกลุ่มน้อย ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลติดยาเสพติดคือการที่บุคคลนั้นได้อยู่ใกล้กับยาเสพติดซึ่งได้มาจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในแหล่งเสื่อมโทรมในเขตเมืองมากกว่าชนบท สุชาติ บัณฑิตนัทกุล (2519) พบว่าภาคกลางเป็นภาคที่มีผู้ติดยาเสพติดให้โทษมากที่สุดโดยเฉพาะผิงขาวซึ่งโดยมากเป็นเขตที่มีความหนาแน่นในระดับสูงและปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับนพรัตน์ เสรีพาณิชย์(2526) ศึกษาสภาพการอาศัยอยู่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพบว่าเยาวชนที่ติดยาเสพติดให้โทษส่วนมากจะอาศัยอยู่บ้านตามลำพังหรือหอพักเอกชนหรือบ้านเพื่อน อยู่ในแหล่งสลัมหรือใกล้เคียง สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาเสพติด โดยการศึกษาจากผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่ามีสาเหตุมาจากเพื่อนชวน อยากทดลอง อยากรู้ อยากเห็น อยากสนุก มั่วสุมดื่มสุรา ทำให้หันไปลองใช้กลุ่มใจ ถูกล่อลวงและผลการวิจัยดังกล่าวยังสรุปได้ว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีแหล่งค้ายาเสพติดและมีผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีแหล่งค้ายาเสพติดและมีผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก แต่เมื่อสุพักตร์ วาณิชเสนี(2529)ได้ศึกษาถึงผลการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติดโดยมีข้อพยากรณ์ผลการรักษา ปรากฏว่าการที่ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดไม่มีผลต่อการรักษา จากบุคลิกส่วนตัวของผู้ติดยาเสพติดเอง มีอารมณ์ไม่มั่นคง ขาดความมั่นใจในตนเอง อารมณ์อ่อนไหวง่าย ทำให้ถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย มีผลต่อความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพได้

จากการศึกษาวรรณกรรมที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการติดยาเสพติดเป็นสภาวะที่ก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนเป็นต้นเหตุของความเครียดที่ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่อยู่ภายในตัวผู้ติดยาเสพติดหลายองค์ประกอบเมื่อพิจารณาตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน จะพบว่าระดับของปัญหาในการดูแลสุขภาพของขึ้นอยู่ด้วย อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาเสพติด สถานภาพสมรส สันทนการ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน รายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการบำบัดรักษาและความสะดวกในการซื้อหายาเสพติดมาใช้น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดยาเสพติดกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคล แบ่งเป็น ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคอื่น วิธีดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ติดเชื้อโรคอื่นที่อยู่ในวัยทำงานและมารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 3,678 คน(สถิติกองป้องกันยาเสพติด, 2541)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรคอื่นวัยทำงานที่มารับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยาที่คลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร (นิภา ศรีไพโรจน์, 2527 : 81)

เมื่อทราบค่า $N, n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$

$n_0 = \frac{Z^2 s^2}{d^2}$

เมื่อ s^2 = ค่าความแปรปรวนของลักษณะบางประการของประชากรมีค่า = 0.8746
ได้จากการศึกษานำร่องกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับ ประชากรจำนวน 30 คน

Z = ค่ามาตรฐาน มีค่า = 1.96 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

n_0 = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุด

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้ = 0.1

N = ขนาดของประชากร

เมื่อแทนค่าลงในสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 307.95 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนการเลือกตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยมีรายละเอียดดังนี้

คลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 15 แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งอยู่ภายใต้การประสานงานของศูนย์ประสานงานภาค 6 ภาค คือ

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 1 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 1, 7, 16, 23

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 2 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 4

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 3 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 22, 41

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 4 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 2, 3, 6, 19, 51

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 5 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 31, 40

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 6 ประกอบด้วยศูนย์ฯ 29

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกศูนย์บำบัดยาเสพติดโดยใช้การสุ่มแบบง่ายและพิจารณาตามสัดส่วนของจำนวนศูนย์บำบัดยาเสพติดในแต่ละศูนย์ประสานงานภาค เพื่อกำหนดให้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลดังนี้

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 1 มี 4 ศูนย์ฯ สุ่มเลือกมา 2 ศูนย์ฯ ได้คลินิกยาเสพติด 1 วัดธาตุทองและศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 2 มี 1 ศูนย์ฯ กำหนดให้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลโดยไม่ต้องสุ่ม ได้ศูนย์ฯ 4 ดินแดง

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 3 มี 2 ศูนย์ฯ สุ่มเลือกมา 1 ศูนย์ฯ ได้ศูนย์ฯ 41 คลองเตย

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 4 มี 5 ศูนย์ฯ สุ่มเลือกมา 2 ศูนย์ฯ ได้ศูนย์ฯ 2 ลาดพร้าว และศูนย์ฯ 3 บางซื่อ

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 5 มี 2 ศูนย์ฯ สุ่มเลือกมา 1 ศูนย์ฯ ได้ประกอบด้วยศูนย์ฯ 40 ภาษีเจริญ

ศูนย์ประสานงานภาคที่ 6 มี 1 ศูนย์ฯ กำหนดให้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลโดยไม่ต้องสุ่ม ได้ศูนย์ฯ 29 ช่าง-นุชนคร

รวมจำนวนศูนย์บำบัดยาเสพติดที่กำหนดเป็นสถานที่ศึกษาทั้งหมด 8 แห่ง

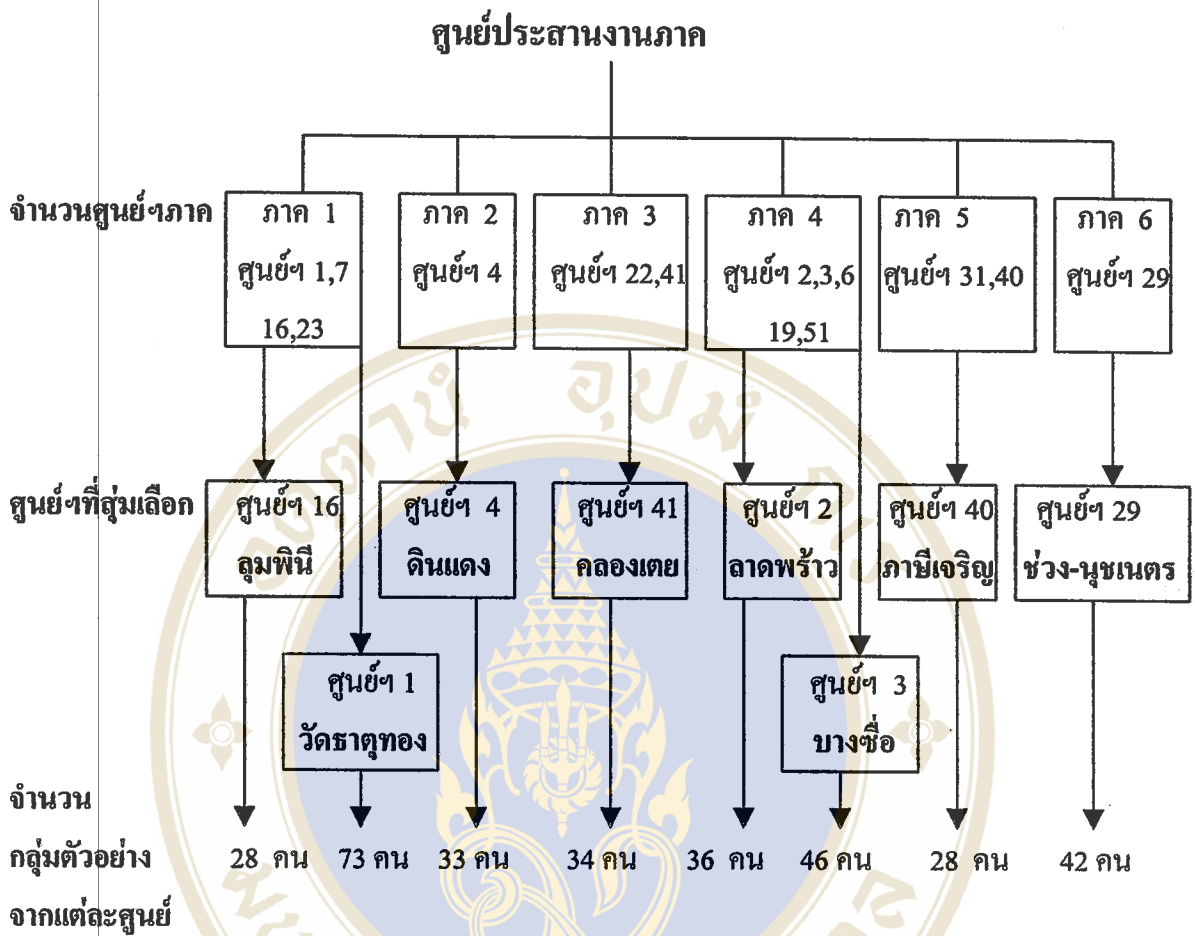
ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละศูนย์บำบัด โดยคิดตามสัดส่วนของประชากรแต่ละศูนย์บำบัด และจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้บำบัดเฮโรอีนในแต่ละศูนย์บำบัด ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละศูนย์=
$$\frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละศูนย์}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณหาจำนวนตัวอย่างของแต่ละศูนย์ ได้ดังนี้

1. คลินิกยาเสพติด	1	วัดธาตุทอง	ประชากร 519 คน	ตัวอย่าง 73 คน
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 2	2	ลาดพร้าว	ประชากร 255 คน	ตัวอย่าง 36 คน
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3	3	บางซื่อ	ประชากร 327 คน	ตัวอย่าง 46 คน
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4	4	ดินแดง	ประชากร 230 คน	ตัวอย่าง 33 คน
5. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16	16	ลุมพินี	ประชากร 201 คน	ตัวอย่าง 28 คน
6. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29	29	ช่วง - นูชนคร	ประชากร 301 คน	ตัวอย่าง 42 คน
7. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 40	40	ภาษีเจริญ	ประชากร 197 คน	ตัวอย่าง 28 คน
8. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 41	41	คลองเตย	ประชากร 242 คน	ตัวอย่าง 34 คน
รวมจำนวน			2,281 คน	ตัวอย่าง 320 คน

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญจากผู้มาบำบัดเฮโรอีนแต่ละศูนย์บำบัดที่เต็มใจให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์จนครบตามจำนวนที่กำหนด



แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นคลินิกที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างครบวงจร รักษาในรูปแบบสมัครใจ ให้การบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่มารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะถอนพิษด้วยยาเมทาโดน ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานานหลายวัน ผู้ติดยาเสพติดจะมารับประทานยาเมทาโดนทุกวัน มีบางส่วนที่ต้องเข้ารับการฟื้นฟูจิตใจด้วย จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละคลินิก ประมาณ วันละ 100-200 คน เปิดให้บริการทุกวัน จันทร์-อาทิตย์ เวลา 8.00-16.00 น. ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน และใช้เฮโรอีนเป็นส่วนใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคมและประชากร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล แบ่งตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ติดเชื้อโรอื่นวัยทำงาน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่2. แบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่3. แบบสัมภาษณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้นำบัตรซึ่งครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน โคนศึกษาผู้นำบัตรว่ามีปัญหามากน้อยอย่างไร มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสรีระ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 - 6
2. ปัญหาด้านจิตใจ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 7 - 12
3. ปัญหาด้านสังคม – วัฒนธรรม มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 13 - 18
4. ปัญหาด้านพัฒนาการ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 19 - 24
5. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 25 - 30

ลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

ความหมายของตัวเลือก

- | | |
|---------------|--|
| ไม่มีปัญหา | หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่เป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น |
| มีปัญหาน้อย | หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นซึ่งมีความรุนแรงน้อยหรือคิดสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ |
| มีปัญหปานกลาง | หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นซึ่งมีความรุนแรงปานกลางหรือคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหได้หากได้รับความช่วยเหลือ |
| มีปัญหามาก | หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นซึ่งมีความรุนแรงมากหรือคิดว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหได้เลย |

เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรง	คะแนน		
ไม่มีปัญหา	ให้	1	คะแนน
มีปัญหาน้อย	ให้	2	คะแนน
มีปัญหাপานกลาง	ให้	3	คะแนน
มีปัญหามาก	ให้	4	คะแนน

เกณฑ์การประเมินความรุนแรง รวมคะแนนปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออื่น
 คะแนนรวมต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 120 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรุนแรงราย
 ด้าน คะแนนรวมต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 24 คะแนน แล้วพิจารณาจัดระดับความรุนแรง
 ของปัญหา ดังนี้

เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรง

การแปลผลปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออื่นทั้งรายด้านและโดยรวม ใช้ค่าร้อยละ
 ของคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของการดูแลทั้ง 5 ด้าน ใช้เกณฑ์ที่ประยุกต์จากเสรี ลาขโรจน์(เสรี ลาข
 โรจน์, 2537: 65-68) โดยกำหนดให้

- คะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึงผู้ติดเชื้ออื่นมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย
- คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึงผู้ติดเชื้ออื่นมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนที่มากกว่าร้อยละ80 หมายถึงผู้ติดเชื้ออื่นมีปัญหาอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ทรง
 คุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาและภาษารวม 3 ท่าน ดังนี้

- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน

ภายหลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาปรับ
 ปรับแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

2.การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการ
 พิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
 จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาช (Cronbach 's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2532:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_2^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อถือได้

n = จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

S_1^2 = คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ

S_2^2 = คะแนนความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

แบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน ได้ค่าความเชื่อมั่น = .9010

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีเก็บดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการสำนักอนามัยด้วยตนเอง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือ

2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกยาเสพติดทั้ง 8 แห่งที่ได้รับการคัดเลือกเป็นสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย ดังนี้

- ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะของประชากรที่กำหนด

- ขณะที่รอรับประทานยาเมทาโดนและหลังจากรับประทานยาเมทาโดนแล้วผู้วิจัยหาโอกาสเป็นการส่วนตัว โดยทางศูนย์ได้จัดสถานที่ให้เป็นห้องส่วนตัว เมื่อผู้วิจัยได้พบพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

- เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการสัมภาษณ์อย่างละเอียดในแต่ละส่วนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

- หลังจากที่ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์เมื่อสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การเก็บข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2542 ถึงเดือน ธันวาคม 2542 เวลา 8.00 -16.00น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

3.ผู้วิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนด นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการลงรหัสและวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าอัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย(Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)และค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนที่ได้เป็นรายข้อและในภาพรวม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์(Chi-square test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นวัยทำงานที่มารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 320 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูล ด้านเศรษฐกิจ สังคมและประชากร แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติดและแบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นวัยทำงาน ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1. ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ
- 1.2. ลักษณะทางสังคม
- 1.3. ประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

- 2.1. ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในภาพรวม
- 2.2. ปัญหาด้านสรีระ
- 2.3. ปัญหาด้านจิตใจ
- 2.4. ปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรม
- 2.5. ปัญหาด้านพัฒนาการ
- 2.6. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ
- 2.7. ระดับความรุนแรงของปัญหา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

- 3.1. ปัจจัยภายในบุคคล
- 3.2. ปัจจัยระหว่างบุคคล
- 3.3. ปัจจัยภายนอกบุคคล

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1. ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดในตารางที่2
ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ

ลักษณะ	จำนวน(n = 320)	ร้อยละ
อายุ (Mean = 29.58, S.D. = 6.78, Min = 20, Max = 40)		
20-24 ปี	98	30.63
25-29 ปี	72	22.50
30-34 ปี	50	15.63
35 ปีขึ้นไป	100	31.25
สถานภาพสมรส		
โสด	181	56.56
คู่	111	34.69
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	28	8.75
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.25
ประถมศึกษา	95	29.69
มัธยมศึกษาปวช.	133	41.56
อนุปริญญา/ปวส.	81	25.31
ปริญญาตรี	7	2.19
อาชีพ		
รับจ้าง	140	43.75
ว่างงาน	91	28.44
ค้าขาย	69	21.56
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	2.81
นักเรียน / นักศึกษา	9	2.81
เกษตรกรรวม	2	0.63
รายได้ต่อเดือน (Mean =62.62.81,Min=600,Max=40,000)		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	119	37.19
3,000-5,000 บาท	46	14.38
5,001-8,000 บาท	78	24.38
มากกว่า 8,000 บาท	77	24.06

ตารางที่ 2(ต่อ) ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ

ลักษณะ	จำนวน(n = 320)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
จากการประกอบอาชีพ	220	68.75
บิดามารดา	76	23.75
ญาติพี่น้อง	23	7.19
ประชาสงเคราะห์	1	0.31
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	38	11.88
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	189	59.06
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	43	13.44
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	50	15.63

จากตารางที่2 พบว่าอายุของผู้ติดเชื้อโรอินที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ31.25 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.63 และยังมีกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 22.5ส่วนที่เหลือมีกลุ่มอายุระหว่าง 30-34 ปี อีกร้อยละ 15.63

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ติดเชื้อโรอินที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ56.56 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ34.69 ส่วนที่เหลือร้อยละ8.75เป็นม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปวช. ร้อยละ 41.56จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ29.69 อนุปริญญา/ปวส.ร้อยละ25.31 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ2.19 นอกนั้นเป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ1.25

อาชีพ พิจารณาจากการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อโรอิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ43.75 รองลงมาอยู่บ้านเฉยๆร้อยละ28.44 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ21.56 มีเพียงร้อยละ 0.63 ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

รายได้ พิจารณาจากรายได้ของผู้ติดเชื้อโรอินต่อเดือน โดยเฉลี่ยประมาณ 6262 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด 40,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 600 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำมากที่สุด 40,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 600 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำร้อยละ 24.06 มีเพียงร้อยละ14.38 ที่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน

เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ พบว่าร้อยละ59.06 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายแต่ละเดือนแต่ไม่มีเหลือเก็บ ในขณะที่ร้อยละ11.88 มีเหลือเก็บส่วนที่เหลืออีกร้อยละ

15.63 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเป็นหนี้ ในขณะที่ร้อยละ13.44 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เป็นหนี้

1.2. ลักษณะทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 3
ตารางที่ 3 ลักษณะทางสังคม

ลักษณะทางสังคม	จำนวน(น = 320)	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับ		
บิดามารดา	171	53.44
ภรรยา/บุตร	90	28.13
ญาติ	38	11.88
เพื่อน	7	2.19
อยู่คนเดียว	14	4.38
กิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	55	17.19
มี	265	82.81
รับประทานอาหาร	245	92.45
ดูทีวี	166	62.64
ร่วมวงสนทนาพูดคุย	28	10.57
ปลูกต้นไม้ ทำสวน	3	1.13
เที่ยว	3	1.13
เล่นกีฬา	2	0.75
มีบุคคลในครอบครัวที่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆได้		
ไม่มี	88	27.50
มี	232	72.50
เหตุผลที่ไม่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆกับบุคคลในครอบครัว		
ไม่สนิท	57	64.77
ไม่มีคนเข้าใจ	17	19.32
ไม่ได้ช่วยด้วยกัน	14	15.91

ตารางที่ 3 (ต่อ) ลักษณะทางสังคม

ลักษณะทางสังคม	จำนวน(n = 320)	ร้อยละ
สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆกับเพื่อน		
ไม่ได้	128	40.00
ได้	192	60.00
เหตุผลที่ไม่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆกับเพื่อนได้		
ไม่สนิท	108	84.38
ไม่ไว้วางใจ	20	15.62
กิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนสนิทเมื่อมีเวลาว่าง		
ดูภาพยนตร์/วีดีโอ/ทีวี	105	32.81
คุยกัน	96	30.00
เล่นดนตรี/กีฬา/ขับรถ	54	16.88
ดื่มสุรา/เที่ยว/เสพยา	43	13.44
ทำงานบ้าน	3	0.94
ไม่มี	19	5.94
ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนสนิทใช้(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ใช้	53	16.56
ใช้	267	83.44
เฮโรอีน	240	89.89
ยาบ้า	66	24.72
กัญชา	15	5.62
คอกาว	4	1.50
ยาคล่อมประสาท(Valium, Dormicum)	3	1.12
กิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่างหรือเมื่อรู้สึกเหงา		
ดูทีวี/ภาพยนตร์	145	45.31
นอน/อ่านหนังสือ/เล่นเกม	109	34.06
ฟังเพลง/เล่นดนตรี/เล่นกีฬา/shopping	54	16.88
ทำงานบ้าน/ถักโครเช	34	10.63
รดน้ำต้นไม้/เลี้ยงสัตว์/ตกปลา	25	7.81
เสพยา/เที่ยว/คุยกัน/เล่นพระ	15	4.69

จากตารางที่ 3 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันพบว่าผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.44 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ในขณะที่ร้อยละ 28.13 อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร มีเพียงร้อยละ 2.19 อาศัยอยู่กับเพื่อน

กิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว พบว่าผู้ติดเฮโรอีนร้อยละ 82.81 ทำกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.45 คือรับประทานอาหารร่วมกัน รองลงมาดูทีวีร่วมกัน ร้อยละ 62.04 มีเพียงร้อยละ 0.75 ที่เล่นกีฬา ในขณะที่ร้อยละ 17.19 ไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเฮโรอีนเมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษากับบุคคลต่างๆ ในครอบครัวได้ร้อยละ 72.5 ในขณะที่ร้อยละ 27.5 เมื่อมีปัญหาไม่สามารถปรึกษากับบุคคลในครอบครัวได้ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สนิทกับครอบครัว ร้อยละ 64.77 ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 19.32 และครอบครัวไม่เข้าใจร้อยละ 15.91

กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นสามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ไม่มีเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้โดยเหตุผลคือ ไม่สนิท ร้อยละ 30.31 ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 6.25 และเหตุผลสุดท้ายคืออยู่คนเดียว ร้อยละ 3.44 กิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนสนิทเมื่อมีเวลาว่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.81 ดูภาพยนตร์/วิดีโอ/ทีวีร่วมกับเพื่อนสนิท ร้อยละ 30 ใช้เวลาว่างในการคุยกัน ในขณะที่ร้อยละ 0.94 ทำงานบ้าน

ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนของผู้ติดเฮโรอีนใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนใช้ยาเสพติด ร้อยละ 83.44 มีเพื่อนไม่ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 16.56 ยาเสพติดที่เพื่อนของกลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดได้แก่ เฮโรอีน ร้อยละ 89.89 รองลงมาได้แก่ยาบ้า ร้อยละ 24.72 มีเพียงร้อยละ 1.12 ที่ใช้ยาแก้ปวดประสาท

ด้านสันทนาการ เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมที่ผู้ติดเฮโรอีนทำเมื่อมีเวลาว่างหรือเมื่อรู้สึกเหงา พบว่าหางพบว่าส่วนใหญ่ดูทีวี/ภาพยนตร์ ร้อยละ 45.31 รองลงมา ร้อยละ 34.06 นอน/อ่านหนังสือ/เล่นเกม ร้อยละ 4.69 เสพยา/เที่ยว/คุยกัน/เล่นพระ

1.3. ประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีประวัติการเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 4
ตารางที่ 4 ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน(n = 320)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	271	84.69
มี	49	15.31
โรคเอดส์	25	51.02
โรคระบบทางเดินหายใจ	10	20.41
ลิ้นหัวใจรั่ว	5	10.21
ไวรัสตับอักเสบบ	3	6.12
ความดันโลหิตสูง	2	4.08
เบาหวาน	2	4.08
ทาลาสซีเมีย	2	4.08
การเจ็บป่วยที่ต้องพักงานหรือนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	300	93.75
มี	20	6.25
โรคเอดส์	8	40
ปวดตามร่างกาย	7	35
ไข้หวัดใหญ่	3	15
อุบัติเหตุ(รถชน)	2	10
การเข้ากลุ่มรับการปรึกษาเรื่องสุขภาพ		
ไม่เคย	197	61.56
เคย	123	38.44
เข้าร่วม โครงการวัคซีนเอดส์	112	91.05
การเตรียมตัวเมื่อไปโรงพยาบาล	8	6.50
เบาหวาน	2	1.63
สุขภาพจิต	1	0.82
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
แข็งแรงดี	216	67.50
เจ็บป่วยเป็นบางครั้ง	101	31.56
เจ็บป่วยบ่อย	3	0.94

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ติดเชื้อโรอินไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 84.69 มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.31 ผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเอดส์ร้อยละ 51.02 รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 20.41 มีเพียงร้อยละ 4.08 ที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวานและทาลาสซีเมีย

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอินไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องพักงานหรือนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 93.75 มีเพียงร้อยละ 6.25 ที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องพักงานหรือนอนโรงพยาบาล โรคที่เจ็บป่วยทำให้ต้องพักงานหรือนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเอดส์ ร้อยละ 40 รองลงมาคือปวดตามร่างกาย ร้อยละ 35 มีเพียงร้อยละ 10 ที่ถูกรถชน

เมื่อพิจารณาการเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ พบว่าผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ ร้อยละ 61.56 มีเพียงร้อยละ 38.44 ที่เคยเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพเรื่องที่จะเข้ากลุ่มส่วนใหญ่คือการเข้าร่วมโครงการวัคซีนเอดส์ ร้อยละ 91.05 รองลงมาคือการเตรียมตัวเมื่อไปโรงพยาบาล ร้อยละ 6.50 มีเพียงร้อยละ 0.82 ที่ได้รับคำปรึกษาเรื่องสุขภาพจิต

เมื่อพิจารณาสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินในปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่แข็งแรงดี ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง มีเพียงร้อยละ 0.94 ที่เจ็บป่วยบ่อย

ตารางที่ 5 ประวัติการใช้ยาเสพติด

ประวัติการใช้ยาเสพติด	จำนวน (n = 320)	ร้อยละ
อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (Mean = 17.89, S.D. = 3.58, Min = 9, Max = 35)		
11-20 ปี	275	85.94
21-30 ปี	44	13.75
30 ปีขึ้นไป	1	0.31
สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก		
อยากลอง	193	60.31
เพื่อนชวน	67	20.94
มีเรื่องไม่สบายใจ	31	9.69
เพื่อความสนุก	22	6.88
อยู่ว่าง/แก้เบื่อ/เซ็ง	7	2.19

ตารางที่ 5 (ต่อ) ประวัติการใช้ยาเสพติด

ประวัติการใช้ยาเสพติด	จำนวน(n = 320)	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้ต้องใช้เฮโรइन		
ต้องการทดลอง/เปลี่ยน	191	59.69
ต้องใช้อายที่มีฤทธิ์แรงขึ้น	87	27.19
หาซื้อได้ง่าย	32	10.00
มีเรื่องไม่สบายใจ	10	3.13
ความสะดวกในการหาซื้อเฮโรइनมาใช้		
หาซื้อได้ง่ายและสะดวกดี	143	44.69
หาซื้อได้ค่อนข้างลำบาก	102	31.88
หาซื้อได้ยากพอสมควร	75	23.44
ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับเฮโรइन(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ใช้	182	56.88
ใช้	138	43.13
กัญชา	65	47.10
ยาบ้า	64	46.38
ยากล่อมประสาท	28	20.29

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาถึงอายุของผู้ใช้ยาเสพติดครั้งแรกพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 11.20 ปี ร้อยละ 85.94 รองลงมาใช้ยาเสพติดเมื่ออายุ 21-30 ปี ร้อยละ 13.75 มีเพียงร้อยละ 0.31 ที่ใช้เมื่ออายุ 31-40 ปี

สาเหตุที่ผู้ติดเฮโรइनใช้ยาเสพติดครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยากรอง ร้อยละ 60.31 รองลงมาคือเพื่อนชวนร้อยละ 20.94 มีเพียงร้อยละ 2.19 ที่ใช้ยาเสพติดเพราะอยู่ว่างหรือเบื่อหรือเชิงสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เฮโรइनเนื่องจาก ส่วนใหญ่อยากลอง ร้อยละ 59.69 รองลงมาคือชอบในฤทธิ์ยาร้อยละ 27.19 มีเพียงร้อยละ 3.13 ที่มีเรื่องไม่สบายใจ

เมื่อพิจารณาถึงความสะดวกในการหาซื้อเฮโรइनมาใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หาซื้อเฮโรइनมาใช้ได้ง่ายและสะดวกดี ร้อยละ 44.69 รองลงมาหาซื้อได้ค่อนข้างลำบาก ร้อยละ 31.88 มีเพียงร้อยละ 23.44 ที่หาซื้อได้ยากพอสมควร

เมื่อพิจารณาชนิดของยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับเฮโรइन พบว่าผู้ติดเฮโรइनส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 56.88 มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 43.13

ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับเฮโรอีนส่วนใหญ่เป็นกัญชาและยาบ้า ร้อยละ47.10 และ46.38 มีเพียงร้อยละ 20.29 ที่ใช้ยากล่อมประสาทร่วมกับเฮโรอีน

ตารางที่6 ประสพการณ์และการบำบัด

ประสพการณ์และการบำบัด	จำนวน(๓ = 320)	ร้อยละ
เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา		
อยากเลิก	236	73.75
ไม่มีเงินซื้อ	51	15.94
สุขภาพทรุดโทรม	20	6.25
ตำรวจเข้มงวดมากขึ้น/ซื้อยาก	10	3.12
แม่ให้เลิก	2	0.63
ตามเพื่อน	1	0.31
ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษา		
ไม่เคย	37	11.56
เคย	283	88.44
เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งก่อน		
อยากเลิก	186	65.72
ไม่มีเงินซื้อ	67	23.68
พ่อแม่ให้เลิก	25	8.83
กลัวถูกจับ	5	1.77
ความสะดวกในการมารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข		
สะดวกดี	305	95.31
สะดวกพอควร	12	3.75
ไม่สะดวก	3	0.94

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ติดเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะอยากเลิกเสพเฮโรอีนร้อยละ73.75 รองลงมาไม่มีเงินซื้อร้อยละ15.94 มีเพียงร้อยละ0.31ที่มาเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะตามเพื่อน

ประวัติในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดเฮโรอีนพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อนร้อยละ88.44 มีเพียงร้อยละ11.56 ที่ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่อยากเลิกร้อยละ65.72 รองลงมา คือ ไม่มีเงินซื้อ ร้อยละ23.68 มีเพียงร้อยละ1.77 ที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพราะกลัวถูกจับ

ความสะดวกในการมารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ของผู้ติดเฮโรอีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกดีในการมารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขร้อยละ 95.31 รองลงมาคือมีความสะดวกพอควรร้อยละ3.75 มีเพียงร้อยละ0.94ที่ไม่สะดวกในการมารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

2.1. ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนในภาพรวม

การศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน ผลการประเมินปัญหาในรายละเอียดแต่ละด้านได้แก่ด้านสรีระ ด้านจิตใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรม ด้านพัฒนาการ และด้านจิตวิญญาณ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลคะแนนปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

ปัญหา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ร้อยละของ	การแปลผล
	แบบสัมภาษณ์	กลุ่มตัวอย่าง		มาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ย	
ปัญหาในภาพรวม	6-120	31-106	62.56	11.38	52.13	น้อย
ปัญหารายด้าน						
ด้านสรีระ	6-24	6-22	11.13	3.08	46.39	น้อย
ด้านจิตใจ	6-24	6-22	11.29	3.39	47.03	น้อย
ด้านสังคม-วัฒนธรรม	6-24	2-24	11.00	3.34	45.85	น้อย
ด้านพัฒนาการ	6-24	6-20	11.55	3.74	48.11	น้อย
ด้านจิตวิญญาณ	6-24	6-24	17.53	3.12	73.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านได้แก่ด้านสรีระ ด้านจิตใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรมด้านการพัฒนาการและด้านจิตวิญญาณ เรียงตามลำดับร้อยละของคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้มีปัญหา ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 73.02 ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ด้านพัฒนาการ ร้อยละ48.11 มีปัญหา ระดับน้อย ด้านจิตใจ ร้อยละ47.03 มีปัญหาระดับน้อย ด้านสรีระ ร้อยละ46.39 และด้านสังคม-วัฒนธรรม ร้อยละ 45.85 มีปัญหาระดับน้อย

2.2.ปัญหาด้านสรีระ

ปัญหาด้านสรีระของผู้ติดเชื้อโรอิน เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อตามความรุนแรงของปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตารางที่8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาจำแนกตามระดับความรุนแรง

ปัญหา	ระดับความรุนแรงของปัญหา				ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่มี	มีน้อย	มีปานกลาง	มีมาก		
ด้านสรีระ					11.13	3.08
รู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง	36.56	27.81	28.75	6.88	2.06	0.96
อ่อนเพลียแม้ขณะอยู่เฉยๆ						
ไม่มีเวลาออกกำลังกาย	63.13	29.06	5.31	2.50	1.47	0.71
เบื่ออาหารหรือรับประทาน	45.00	27.19	21.25	6.56	1.89	0.96
อาหารได้น้อย						
มีปัญหาการขับถ่าย	35.00	20.63	34.38	10.00	2.19	1.03
นอนไม่หลับหรือพักผ่อนได้น้อย	37.81	19.69	34.06	8.44	2.13	1.02
มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน	72.81	17.50	8.13	1.56	1.38	0.70
หลังจากรับประทานเมทาโดน						

จากตารางที่ 8 พบว่าปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินในประเด็นปัญหาด้านสรีระ ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอินไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรุนแรงในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหาเรียงลำดับรายชื่อได้ดังนี้ มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายเช่นท้องผูกง่าย มีปัญหาอยู่ในระดับสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.19 ปัญหาอนนอนไม่หลับ

หรือพักผ่อนได้น้อยมีค่าเฉลี่ย 2.13 รู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลียแม้จะอยู่เฉยๆมีค่าเฉลี่ย 2.06 เบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยมีค่าเฉลี่ย 1.89 ไม่มีเวลาออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 1.47 และมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หลังจากรับประทานยาเมทาโดนมีค่าเฉลี่ย 1.38

2.3 ปัญหาด้านจิตใจ

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อตามความรุนแรงของปัญหาที่ กลุ่มตัวอย่างประเมิน ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหา จำแนกตามระดับความรุนแรง

ปัญหา	ระดับความรุนแรงของปัญหา				ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่มี	มีน้อย	มีปานกลาง	มีมาก		
ด้านจิตใจ					11.29	3.39
รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ อารมณ์เสีย	26.88	29.38	36.25	7.50	2.24	0.94
เวลามีคนอื่นอยู่ด้วย/อยู่คนเดียว						
รู้สึกตื่นเต้น ตกใจกลัวง่าย	73.44	14.69	9.06	2.81	1.41	0.77
รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการลงแดงหรือขาดยา	56.56	19.38	17.81	6.25	1.74	0.96
รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายหมดกำลังใจ	28.44	21.25	44.38	5.94	2.28	0.94
ในการดูแลสุขภาพ						
รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรน่าภูมิใจ	39.69	21.25	32.19	6.88	2.06	1.00
รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	63.13	21.25	12.81	2.81	1.55	0.82

จากตารางที่ 9 พบว่าประเด็นปัญหาด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรุนแรงในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหา พบว่ารู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจในการดูแลสุขภาพ มีปัญหาอยู่ในระดับสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ย 2.28 รองลงมาคือปัญหาหงุดหงิด รำคาญ อารมณ์เสียเวลามีคนอื่นอยู่ด้วย/อยู่คนเดียวมีค่าเฉลี่ย 2.24 คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรน่าภูมิใจมีค่าเฉลี่ย 2.06 กังวลเกี่ยวกับอาการลงแดงหรือขาดยาที่อาจจะเกิดขึ้นมีค่าเฉลี่ย 1.74 ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปมีค่าเฉลี่ย 1.55 และ ตื่นเต้นตกใจกลัวง่ายมีค่าเฉลี่ย 1.41

2.4. ปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรม

ปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรม ของผู้ติดเชื้อโรอื่น เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อตามความรุนแรงของปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหา จำแนกตามระดับความรุนแรง

ปัญหา	ระดับความรุนแรงของปัญหา				ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่มี	มีน้อย	มีปานกลาง	มีมาก		
ด้านสังคม-วัฒนธรรม					11.00	3.34
มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย	43.75	20.00	33.44	2.81	1.95	0.94
สมาชิกในครอบครัวไม่เชื่อว่า จะหยุดยาได้	26.25	16.88	43.44	13.44	2.44	1.02
เมื่อมีปัญหาด้านการเงิน ไม่มีใครที่จะให้การช่วยเหลือได้	66.56	10.00	20.00	3.44	1.60	0.92
ไม่มีแหล่งที่จะให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ	72.50	8.44	15.00	4.06	1.51	0.89
รู้สึกท้อแท้หรือ ไม่มีความสุข	50.63	21.88	25.31	2.19	1.79	0.90
เมื่ออยู่กับครอบครัว						
รู้สึกเพื่อนหรือเพื่อนบ้านไม่คบหาเหมือนเดิมเมื่อรู้ว่าท่านติดเชื้อเสพติด	54.38	21.88	22.19	1.56	1.71	0.86

จากตารางที่ 10 ในประเด็นปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรมของผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอื่นไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรุนแรงในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหา พบว่ามีปัญหาสมาชิกในครอบครัวไม่เชื่อว่า จะหยุดยาได้ อยู่ในระดับสูงสุดมีค่าเฉลี่ย 2.44 รองลงมาคือมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมีค่าเฉลี่ย 1.95 รู้สึกท้อแท้หรือ ไม่มีความสุขเมื่ออยู่กับครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 1.79 เพื่อนหรือเพื่อนบ้านไม่คบหาเหมือนเดิมเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเสพติดมีค่าเฉลี่ย 1.71 เมื่อมีปัญหาด้านการเงินไม่มีใครที่จะให้การช่วยเหลือได้มีค่าเฉลี่ย 1.60 และไม่มีแหล่งที่จะให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 1.51

2.5. ปัญหาด้านพัฒนาการ

ปัญหาด้านพัฒนาการของผู้ติดเชื้อโรอื่นเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อตามความรุนแรงของปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหา จำแนกตามระดับความรุนแรง

ปัญหา	ระดับความรุนแรงของปัญหา				ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่มี	มีน้อย	มีปานกลาง	มีมาก		
ด้านพัฒนาการ					11.55	3.74
รู้สึกว่าจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ การทำงานได้เต็มที่	21.88	15.63	57.19	5.31	2.46	0.89
รู้สึกทำงานผิดพลาดบ่อยขึ้น	35.31	13.75	48.44	2.50	2.18	0.95
รู้สึกว่าจะไม่สามารถทำกิจกรรม ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้	51.25	20.63	27.50	0.63	1.78	0.87
รู้สึกว่าจะไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ ต่างๆ ในครอบครัวที่ทำงานได้	49.38	12.19	38.13	0.31	1.89	0.94
รู้สึกว่ามีปัญหาทางเพศสัมพันธ์	65.63	8.13	24.69	1.56	1.62	0.91
มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว	55.00	30.00	13.44	1.56	1.62	0.78

จากตารางที่11 พบว่าในประเด็นปัญหาด้านพัฒนาการของผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอื่นไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรุนแรงในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหา พบว่ามีปัญหาที่รู้สึกว่าจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้เต็มที่ที่อยู่ในระดับสูงที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 และมีปัญหาในระดับรองลงมาอีกตามลำดับคือทำงานผิดพลาดบ่อยขึ้นจากปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆในครอบครัวที่ทำงานได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 ท่านรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 และมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์และมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.62

2.6. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อโรอื่น เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อ ตามความรุนแรงของปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหา จำแนกตามระดับความรุนแรง

ปัญหา	ระดับความรุนแรงของปัญหา				ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่มี	มีน้อย	มีปานกลาง	มีมาก		
ด้านจิตวิญญาณ					17.53	3.12
รู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จได้	25.00	29.06	42.50	3.44	2.24	0.87
คิดว่าการติดยาเสพติดทำให้เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล	3.13	5.94	54.38	36.56	3.24	0.70
รู้สึกว่าการติดยาเสพติดทำให้พลาดโอกาสที่ดีในชีวิต	1.25	4.06	52.19	42.50	3.36	0.62
รู้สึกว่าการติดยาเสพติดเป็นตราประทับที่ไม่มีวันลบเลือน	30.00	14.69	35.00	20.31	2.46	1.12
รู้สึกไม่แน่ใจว่าอนาคตของจะเป็นอย่างไร	10.00	8.13	52.19	29.69	3.02	0.88
รู้สึกว่าการครอบครัวยึดหวังในตัวท่าน	4.06	7.81	51.56	36.56	3.21	0.75

จากตารางที่ 12 พบว่าประเด็นปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อโรอื่น ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอื่นมีปัญหาในการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความรุนแรงในรายละเอียดของปัญหาแต่ละข้อ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหา พบว่าการติดยาเสพติดทำให้ตนเองพลาดโอกาสที่ดีในชีวิตมีค่าเฉลี่ย3.36 รองลงมาคือปัญหาการติดยาเสพติดทำให้เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูลมีค่าเฉลี่ย 3.24 ทำให้ครอบครัวยึดหวังในตัวของผู้ติดเชื้อโรอื่นมีค่าเฉลี่ย 3.21 ไม่แน่ใจว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรมีค่าเฉลี่ย 3.02 รู้สึกว่าการติดยาเสพติดเป็นตราประทับที่ไม่มีวันลบเลือนมีค่าเฉลี่ย 2.46และรู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จได้มีค่าเฉลี่ย 2.24

2.7. ระดับความรุนแรงของปัญหา

ในการศึกษาปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอื่น โดยการให้ผู้ติดเชื้อโรอื่นประเมินความรุนแรงของปัญหาตามแบบประเมินแล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น จากนั้นจัดระดับความรุนแรงของปัญหาโดยการให้คะแนนความถี่ของความรุนแรงของปัญหาถ้าไม่มีปัญหาเกิดขึ้นหรือมีปัญหาน้อยให้ 1 คะแนน มีปัญหาปานกลางถึงมากให้ 2 คะแนน จากนั้นจัดระดับความรุนแรงของปัญหาในภาพรวมของผู้ติดเชื้อโรอื่น โดยพิจารณาจัดระดับความรุนแรงของปัญหาตามร้อยละของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 60 มีปัญหาระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 60 มีปัญหาระดับมีปัญหามาก

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของปัญหาในแต่ละด้านคือด้านสรีระ ด้านจิตใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรม ด้านพัฒนาการและด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อโรอื่นตามเกณฑ์ดังที่กล่าวในข้างต้นจะพบปัญหาตามร้อยละของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ตารางที่13 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอื่น จำแนกตามระดับความรุนแรงของปัญหา

ระดับความรุนแรง		จำนวน(n=320)	ร้อยละ
ปัญหาในภาพรวม			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย		249	77.81
มีปัญหามากปานกลางถึงมาก		71	22.19
สรีระ			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย		269	84.06
มีปัญหามากปานกลางถึงมาก		51	15.94
จิตใจ			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย		268	83.75
มีปัญหามากปานกลางถึงมาก		52	16.25
สังคม-วัฒนธรรม			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย		263	82.19
มีปัญหามากปานกลางถึงมาก		57	17.81

ตารางที่13(ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อโรอิน จำแนกตามระดับความรุนแรงของปัญหา

ระดับความรุนแรง	จำนวน(n=320)	ร้อยละ
พัฒนาการ		
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	234	73.13
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	86	26.87
จิตวิญญาณ		
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	41	12.81
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	279	87.19

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาการจัดระดับความรุนแรงของปัญหาในการดูแลสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพถึงมีปัญหาในการดูแลสุขภาพระดับน้อยร้อยละ77.81 มีปัญหาในการดูแลสุขภาพระดับปานกลางถึงมากร้อยละ22.19 เมื่อพิจารณาการจัดระดับความรุนแรงของปัญหาในการดูแลสุขภาพรายด้าน พบว่าผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในการดูแลสุขภาพรายด้านทั้ง 4 ด้านในลักษณะที่เหมือนกันคือส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาในการดูแลสุขภาพน้อย โดยเรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านสรีระร้อยละ 84.06 ด้านจิตใจร้อยละ 83.75 ด้านสังคม-วัฒนธรรม ร้อยละ 82.19 และพัฒนาการ ร้อยละ 73.13 สำหรับด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในการดูแลสุขภาพระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 87.19 มีผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 12.81 ที่ไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพถึงมีปัญหาน้อย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน

ในการวิเคราะห์ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์

3.1. ปัจจัยภายในบุคคล

ปัจจัยภายในบุคคลที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาทั้งในภาพรวมและในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ของผู้ติดเชื้อโรอิน ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย และประวัติการใช้ยาเสพติด



ปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยแรก ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน คือ อายุ โดยแบ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มอายุ 21-30 ปีและ31-40 ปีแบ่งระดับปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย กับกลุ่มที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก จัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและใช้การทดสอบไคสแควร์ ผลการทดสอบแสดงไว้ในตารางที่ 14

ตารางที่14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	อายุ		รวม	χ^2	df	P-value
	21-30 ปี	31-40 ปี				
ปัญหาในภาพรวม	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.33(147)	74.45(102)	77.81(249)	1.57	1	0.21
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	19.67(36)	25.55(35)	22.19(71)			
สรีระ	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	88.52(162)	78.1(107)	84.06(269)	6.35	1	0.01**
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	11.48(21)	21.9(30)	15.94(51)			
จิตใจ	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.15(154)	83.21(114)	83.75(268)	0.05	1	0.82
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	15.85(29)	16.79(23)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.51(151)	81.75(112)	82.19(263)	0.03	1	0.86
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	17.49(32)	18.25(25)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	72.68(133)	73.72(101)	73.13(264)	0.04	1	0.83
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	27.32(50)	26.28(36)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(183)	100(137)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	11.48(21)	14.6(20)	12.81(41)	0.68	1	0.41
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	88.52(162)	85.4(117)	87.19(279)			

**p<.01

จากตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินในภาพรวม สัดส่วนกลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยเป็นสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อโรอินที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมากเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์จะพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=1.57, p>.05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินรายด้านพบว่า ด้านสรีระกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี มีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยร้อยละ 88.52 และกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยร้อยละ 78.1 สัดส่วนกลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยเป็นสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อโรอินที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์จะพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินด้านสรีระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($\chi^2=6.35, p>.01$)

สำหรับปัญหาด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ พบว่าการมีปัญหาของทั้งสองกลุ่มอายุนี้นี้มีความคล้ายคลึงกันและเมื่อทดสอบความสัมพันธ์รายด้านพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยที่2 คือระดับการศึกษาที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือกับกลุ่มที่เรียนหนังสือและแบ่งระดับของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยกับกลุ่มที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก จัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและใช้การทดสอบไคสแควร์ ผลการทดสอบแสดงไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	ระดับการศึกษา		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่ได้เรียน	ได้เรียนหนังสือ				
ปัญหาในภาพรวม	100(4)	100(316)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	75(3)	77.85(246)	77.81(249)	0.02	1	0.89
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	25(1)	22.15(70)	22.19(71)			
สตรีระ	100(4)	100(316)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	75(3)	81.18(266)	84.06(269)	0.23	1	0.63
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	25(1)	15.82(50)	15.94(51)			
จิตใจ	100(4)	100(316)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	75(3)	83.86(265)	83.75(268)	0.23	1	0.63
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	25(1)	16.14(51)	16.25(52)			
จิตวิญญาณ	100(4)	100(316)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	50(2)	12.34(39)	12.81(41)	5.23	1	0.02*
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	50(2)	87.66(277)	87.19(279)			

*p<.05

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ98.75 และไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในภาพรวมเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05($\chi^2=0.02$)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าด้านจิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือร้อยละ98.75 มีปัญหาในการดูแลสุขภาพปานกลางถึงมากร้อยละ87.66 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=5.23,p<.05$)

สำหรับปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรมและด้านพัฒนาการ พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นทั้งหมดได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ส่วนปัญหาด้านสตรีและจิตใจ

พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือร้อยละ98.75 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับปัญหาในการดูแลสุขภาพด้านสรีระ จิตใจสังคม-วัฒนธรรม และด้านพัฒนาการของผู้ติดเชื้อโรอื่นเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์กับ ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยที่3 คือ การเจ็บป่วยที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของ ปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	โรคประจำตัว		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.81(219)	61.22(30)	77.81(249)	9.22	1	0.000***
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	19.19(52)	38.78(19)	22.19(71)			
สรีระ	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	86.35(234)	71.43(35)	84.06(269)	6.89	1	0.01**
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	13.65(37)	28.57(14)	15.94(51)			
จิตใจ	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.87(230)	77.55(38)	83.75(268)	1.63	1	0.2
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	15.13(41)	22.45(11)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.66(224)	79.59(39)	82.19(263)	0.27	1	0.61
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	17.34(47)	20.41(10)	17.81(57)			

ตารางที่ 16 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	โรคประจำตัว		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
พัฒนาการ	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.01(206)	57.14(28)	73.13(234)	7.25	1	0.01**
มีปัญหามากถึงมาก	23.99(65)	42.86(21)	26.88(86)			
จิตวิญญาน	100(271)	100(49)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	12.92(35)	12.24(6)	12.81(41)	0.02	1	0.9
มีปัญหามากถึงมาก	87.08(236)	87.76(43)	87.19(279)			

p<.01,*p<.001

จากตารางที่ 16 พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ84.69 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในภาพรวม เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพในภาพรวมของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($\chi^2 = 9.22, p <.001$)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าด้านสรีระและด้านพัฒนาการผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับปัญหาในการดูแลสุขภาพเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพด้านสรีระและด้านพัฒนาการของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($\chi^2 = 6.89$ และ $7.25, p <.01$)

สำหรับด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรมและจิตวิญญาน พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีปัญหาถึงมีน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับปัญหาในการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรมและจิตวิญญานเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 1.63,0.27$ และ $0.02, p>.05$)

ปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยที่ 3 คือ การเจ็บป่วยที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา กับกลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	78.33(235)	70(14)	77.81(249)	0.75	1	0.39
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	21.67(65)	30(6)	21.19(71)			
สรีระ	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	85.33(256)	65(13)	84.06(269)	5.79	1	0.02*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	14.67(44)	35(7)	15.94(51)			
จิตใจ	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.33(253)	75(15)	83.75(268)	1.2	1	0.27
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	15.67(47)	25(5)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82(246)	85(17)	82.19(263)	0.12	1	0.73
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	18(54)	15(3)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	73.33(220)	70(14)	73.13(234)	0.11	1	0.74
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	26.67(80)	30(6)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(300)	100(20)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	13(39)	10(2)	12.81(41)	0.15	1	0.7
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	87(261)	90(18)	87.19(279)			

*p<.05

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 93.75 และไม่มีปัญหาถึงมีน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นเมื่อทดสอบค่าไคสแควร์พบว่า การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2 = 0.75, p < .05$)

สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีการเจ็บป่วย จะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก คือร้อยละ 87 สำหรับกลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยและกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยร้อยละ 90 มีผู้ที่ไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ร้อยละ 13 และ 10 ผลการทดสอบด้วยไคสแควร์ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ในขณะที่ปัญหาทางด้านสรีระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเจ็บป่วยร้อยละ 84.33 ไม่มีปัญหาถึงมีน้อย มีเพียงร้อยละ 4.67 ที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก แต่กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยร้อยละ 65 ไม่มีปัญหาถึงมีน้อย มีผู้ที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 35 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วย ซึ่งความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2 = 5.79, p < .05$)

ปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยที่ 4 คือ ประวัติการใช้ยาเสพติดที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดอื่นร่วมกับเฮโรอีนกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยาเสพติดอื่นร่วมกับเฮโรอีน และแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการใช้ยาเสพติดและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	การใช้ยาเสพติดร่วมกับเฮโรอีน		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่ใช้	ใช้				
ปัญหาในภาพรวม	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.42(150)	71.74(99)	77.81(249)	5.18	1	0.02*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.58(32)	28.26(39)	22.19(71)			
สตรีระ	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	87.91(160)	78.99(109)	84.06(269)	4.67	1	0.03*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	12.09(22)	21.01(29)	15.94(51)			
จิตใจ	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	87.91(160)	78.26(108)	83.75(268)	5.37	1	0.02*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	12.09(22)	21.74(30)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	88.46(161)	73.91(102)	82.19(263)	11.35	1	0.000***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	11.54(21)	26.09(36)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	79.12(144)	65.22(90)	73.13(234)	7.72	1	0.01**
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	20.88(38)	34.78(48)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(182)	100(138)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	17.03(31)	7.25(10)	12.81(41)	6.73	1	0.01**
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	82.97(151)	92.75(128)	87.19(279)			

*p<.05,**p<.01,***p<.001

ตารางที่ 18 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอีนกับปัญหาในการดูแลสุขภาพที่ไม่ใช้ยาเสพติด ชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอีน ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.42 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย มีเพียงร้อยละ 17.58 ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดร่วมกับเฮโรอีน ร้อยละ 71.74 ที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยแต่มีผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยร้อยละ 28.26 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอีนมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย และเมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.18, p < .05$)

สำหรับปัญหาด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ การทดสอบด้วยไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามปัญหาความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณพบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมจะมีปัญหาระดับปานกลางถึงมากคือร้อยละ 82.97 สำหรับกลุ่มที่ไม่ใช้ยาเสพติดและกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดร่วม ร้อยละ 92.75 มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหาร้อยละ 17.03 และ 7.25

3.2. ปัจจัยระหว่างบุคคล

ปัจจัยระหว่างบุคคลที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาทั้งในภาพรวมและในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของผู้ติดเฮโรอีน ได้แก่ สถานภาพสมรส สันติภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพกับเพื่อน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยแรกที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเฮโรอีน คือ สถานภาพสมรส โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ กับสถานภาพคู่แบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย กับกลุ่มที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก จัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและใช้การทดสอบไคสแควร์ ผลการทดสอบ แสดงไว้ในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรสและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	สถานภาพสมรส		รวม	χ^2	df	P-value
	โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	คู่				
ปัญหาในภาพรวม	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.56(160)	80.18(89)	78.81(249)	0.55	1	0.46
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	23.44(49)	19.82(22)	22.19(71)			
สตรีระ	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	87.56(183)	77.48(86)	84.06(269)	5.5	1	0.02*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	12.44(26)	22.52(25)	15.94(51)			
จิตใจ	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.78(173)	85.59(95)	83.75(268)	0.42	1	0.52
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.22(36)	14.41(16)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.86(169)	84.68(94)	82.19(263)	0.72	1	0.39
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	19.14(40)	15.32(17)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	67.94(142)	82.88(92)	73.13(234)	8.23	1	0.00***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	32.06(67)	17.12(19)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(209)	100(111)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	13.88(29)	10.81(12)	12.81(41)	0.61	1	0.43
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	86.12(180)	89.19(99)	87.19(279)			

*p<.05,***p<.001

ตารางที่ 19 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินพิจารณาความรุนแรงในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.56 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย มีเพียงร้อยละ 23.44 ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.18 ที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย แต่มีผู้ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ถึงร้อยละ 19.82 แสดงให้เห็นว่าสถานภาพ

สมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่ และเมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์ พบว่าไม่นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2=0.55, p>.05$)

สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พบว่าทั้งกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกและคู่ ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อยและเมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์ก็พบว่าไม่นับสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก หรือคู่ จะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก คือร้อยละ 86.12 สำหรับกลุ่มที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกและคู่ ร้อยละ 89.19 มีผู้ที่มีปัญหาน้อย ร้อยละ 13.88 และ 10.81 ผลการทดสอบด้วยไคสแควร์ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่ปัญหาด้านสรีระและพัฒนาการ พบว่าทั้งกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยก ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยที่ 2 คือสถานการณ์ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรฮีน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่มีกิจกรรมไม่ส่งเสริมสุขภาพและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานการณ์และระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	กิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่างหรือรู้สึกเหงา		รวม	χ^2	df	P-value
	กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ	กิจกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ				
ปัญหาในภาพรวม	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.47(13)	77.89(236)	77.81(249)	0.02	1	0.89
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	23.53(4)	22.11(67)	22.19(71)			
สรีระ	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	88.24(15)	83.83(254)	84.06(269)	0.23	1	0.63
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	11.76(2)	16.17(49)	15.94(51)			
จิตใจ	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.47(13)	84.16(255)	83.75(268)	0.7	1	0.4
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	23.53(4)	15.84(48)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.35(14)	82.18(249)	82.19(263)	0	1	0.99
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.65(3)	17.82(54)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.35(14)	72.61(220)	73.13(234)	0.78	1	0.38
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.65(3)	27.39(83)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(17)	100(303)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	11.76(2)	12.87(39)	12.81(41)	0.02	1	0.89
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	88.24(15)	87.13(264)	87.19(279)			

จากตารางที่ 20 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่างกับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น พิจารณาในภาพรวมพบว่าพบว่าผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มีกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 76.47 ไม่มีปัญหาถึงมีน้อย มีเพียงร้อยละ 23.53 ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มที่มีกิจกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 77.89 ที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยแต่มีผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมากร้อยละ 22.11 แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีปัญหามากกว่าผู้ที่ไม่ทำกิจกรรมไม่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=0.02, p > .05$)

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาน้อยถึงไม่มี ในทางตรงกันข้ามความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมากคือร้อยละ 88.24 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และร้อยละ 87.13 เป็นกลุ่มที่ทำกิจกรรมไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหาร้อยละ 11.76 และ 12.87 ตามลำดับ ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยที่3 คือสัมพันธภาพในครอบครัวที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรฮีน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่ทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัวกับกลุ่มที่ไม่ทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัวและแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาในการดูแลสุขภาพออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่21

ตารางที่21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	กิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	67.27(37)	80(212)	77.81(249)	4.27	1	0.04*
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	32.73(18)	20(53)	22.19(71)			
สตรีระ	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	85.45(47)	83.77(222)	84.16(269)	0.1	1	0.76
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	14.55(8)	16.23(43)	15.94(51)			
จิตใจ	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	78.18(43)	84.91(225)	83.75(268)	1.51	1	0.22
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	21.82(12)	15.09(40)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	65.45(36)	85.66(227)	82.19(263)	12.7	1	0.00***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	34.55(19)	14.34(38)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	65.45(36)	74.72(198)	73.13(234)	1.99	1	0.16
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	34.55(19)	25.28(67)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(55)	100(265)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	9.09(5)	13.58(36)	12.81(41)	0.82	1	0.36
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	90.91(50)	86.42(229)	87.19(279)			

*p<.05,***p<.001

จากตารางที่ 21 พบว่าผู้ติดเชื้ออื่นที่มีกิจกรรมทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 80 ที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย มีเพียงร้อยละ 20 ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ส่วนผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทำร่วมกับบุคคลในครอบครัวมีผู้ที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย ร้อยละ 67.27 และมีปัญหาปานกลางถึงมากร้อยละ 32.73 จะเห็นได้ว่า กลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทำร่วมกับบุคคลในครอบครัวจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีกิจกรรมทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.27, p < .05$)

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ พัฒนาการและจิตวิญญาณ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีหรือไม่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามระดับความรุนแรงของปัญหาในการดูแลสุขภาพด้านสังคม-วัฒนธรรมพบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัวในผู้ที่มีปัญหา ปานกลางถึงมากคือร้อยละ 34 สำหรับในกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัวและกลุ่มที่มีกิจกรรมร้อยละ 14 มีผู้ที่มีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงน้อยร้อยละ 64 และ 85 ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.7, p < .05$)

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยที่ 3 คือบุคคลในครอบครัวที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีที่ปรึกษาในครอบครัวกับกลุ่มที่ไม่มีที่ปรึกษาในครอบครัวและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้นดังแสดงไว้ในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นที่ปรึกษาปัญหา		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	65.91(58)	82.33(191)	77.81(249)	9.96	1	0.000***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	34.09(30)	17.67(41)	22.19(71)			
สตรีระ	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.68(71)	85.34(198)	84.06(269)	1.04	1	0.31
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	19.32(17)	14.66(34)	15.94(51)			
จิตใจ	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.68(71)	84.91(197)	83.75(268)	0.84	1	0.36
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	19.32(17)	15.09(35)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.14(67)	84.48(196)	82.19(263)	3.04	1	0.08
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	23.86(21)	15.52(36)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	60.23(53)	78.02(181)	73.12(234)	10.27	1	0.000***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	39.77(35)	21.98(51)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(88)	100(232)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	10.23(9)	13.79(32)	12.81(41)	0.73	1	0.39
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	89.77(79)	86.21(200)	87.19(279)			

***p<.001

จากตารางที่ 22 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของปัญหากับการมีบุคคลในครอบครัว พิจารณาในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลเป็นที่ปรึกษาปัญหา ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.33 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย มีเพียงร้อยละ 17.67 ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาร้อยละ 65.91 ไม่มีปัญหาถึงมีน้อย มีผู้ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 34.09 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาปัญหา และเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.001($\chi^2 = 9.96, p < .001$)

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีหรือไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีบุคคลในครอบครัวจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก คือร้อยละ 89.77 สำหรับกลุ่มที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาร้อยละ 86.21 มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหา ร้อยละ 10.23 และ 13.79 ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยที่4 คือสัมพันธภาพกับเพื่อนที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรฮีน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนกับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัมพันธภาพกับเพื่อนและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	กิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อน		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	77.65(66)	77.87(183)	77.81(249)	0	1	0.97
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	22.35(19)	22.13(52)	22.19(71)			
สตรีระ	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	83.53(71)	84.26(198)	84.06(269)	0.02	1	0.88
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	16.47(14)	15.74(37)	15.94(51)			
จิตใจ	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.71(72)	83.4(196)	83.75(268)	0.08	1	0.78
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	15.29(13)	16.6(39)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.35(70)	82.13(193)	82.19(263)	0	1	0.96
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.65(15)	17.87(42)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	78.82(67)	71.06(167)	73.13(234)	1.91	1	0.17
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	21.18(18)	28.94(68)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(85)	100(235)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	10.59(9)	13.62(32)	12.81(41)	0.51	1	0.47
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	89.41(76)	86.38(203)	87.19(279)			

จากตารางที่ 23 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมทำร่วมกับเพื่อนกับปัญหาในการดูแลสุขภาพ พิจารณาความรุนแรงในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีกิจกรรมทำร่วมกับเพื่อนส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับน้อยถึงไม่มีกล่าวคือกลุ่มที่มีและไม่มีกิจกรรมทำร่วมกับเพื่อนมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 77 ส่วนผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก มีปัญหาในการดูแลสุขภาพร้อยละ 22 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=0$, $p>.05$)

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ พัฒนาการ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีหรือไม่มีกิจกรรมทำร่วมกับเพื่อน ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามระดับความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนจะมีปัญหา ปานกลางถึงมากคือร้อยละ 89.41 สำหรับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและกลุ่มที่มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร้อยละ 86.38 มีผู้ที่มีปัญหาในระดับไม่มีปัญหาถึงน้อยร้อยละ 10.59 และ 13.62 ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่นับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยที่ 4 คือเพื่อนที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ที่น่ามาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรฮีน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีเพื่อนให้คำปรึกษากับกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนให้คำปรึกษาและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้นดังแสดงไว้ ในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัมพันธภาพกับเพื่อนและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	เพื่อนที่เป็นที่ปรึกษาปัญหา		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่มี	มี				
ปัญหาในภาพรวม	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	76.56(98)	78.65(151)	77.81(249)	0.19	1	0.66
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	23.44(30)	21.35(41)	22.19(71)			
สตรีระ	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	85.94(110)	82.81(159)	84.06(269)	0.56	1	0.45
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	14.06(18)	17.19(33)	15.94(51)			
จิตใจ	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.81(106)	84.38(162)	83.75(268)	0.14	1	0.71
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.19(22)	15.63(30)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.03(105)	82.29(158)	82.19(263)	0	1	0.95
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.97(23)	17.71(34)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	75.78(97)	71.35(137)	73.13(234)	0.77	1	0.38
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	24.22(31)	28.65(55)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(128)	100(192)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	13.28(17)	12.5(24)	12.81(41)	0.04	1	0.84
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	86.72(111)	87.5(168)	87.19(279)			

จากตารางที่ 24 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนที่ปรึกษาปัญหากับปัญหาในการดูแลสุขภาพ พิจารณาความรุนแรงในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาปัญหาส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับน้อยถึงไม่มีปัญหา กล่าวคือกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาปัญหามีปัญหาร้อยละ 76.56 ในขณะที่ร้อยละ 75.65 เป็นกลุ่มที่มีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาปัญหาส่วนผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมากในกลุ่มที่มีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาร้อยละ 21.35 และกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนมีปัญหา ร้อยละ 23.44 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีหรือไม่มีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามระดับความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณพบว่าส่วนมากจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมากคือร้อยละ 86.72 สำหรับกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนและกลุ่มที่มีเพื่อนมีปัญหา ร้อยละ 87.5 มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหาร้อยละ 13.28 และ 12.5 ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3. ปัจจัยภายนอกบุคคล

ปัจจัยภายนอกบุคคลที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาทั้งในภาพรวมและในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของผู้ติดเชื้อโรอินได้แก่รายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา และความสะดวกในการซื้อหายาเสพติด โดยทำการทดสอบไคสแควร์

ปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยแรกที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอิน คือรายได้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 3000 บาท กลุ่มที่มีรายได้ 3001-5000 บาท กลุ่มที่มีรายได้ 5001-8000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ 8001 บาทขึ้นไปและแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยและกลุ่มที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงมากจัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและทำการทดสอบไคสแควร์

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้และระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	รายได้		รวม	χ^2	df	P-value
	ต่ำกว่า 5000 บาท	5001 บาทขึ้นไป				
ปัญหาในภาพรวม	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	72.73(120)	83.23(129)	77.81(249)	5.1	1	0.02*
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	27.27(45)	16.77(26)	22.19(71)			
สตรี	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.85(140)	83.23(129)	84.06(269)	0.16	1	0.69
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	15.15(25)	16.77(26)	15.94(51)			
จิตใจ	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80(132)	87.74(136)	83.75(268)	3.52	1	0.06
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	20(33)	12.26(19)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	75.76(125)	89.03(138)	82.19(263)	9.62	1	0.00***
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	24.24(40)	10.97(17)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	70.91(117)	75.48(117)	73.13(234)	0.85	1	0.36
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	29.09(48)	24.52(38)	26.88(86)			

ตารางที่25(ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้และระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	รายได้		รวม	χ^2	df	P-value
	ต่ำกว่า 5000 บาท	5001 บาทขึ้นไป				
จิตวิญญาน	100(165)	100(155)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	12.73(21)	12.9(20)	12.81(41)	0	1	0.96
มีปัญหาปานกลางถึงมาก	87.27(144)	87.1(135)	87.19(279)			

*p<.05,***p<.001

จากตารางที่ 25 ผู้ติดเชื้อโรอื่นมีสัดส่วนรายได้ใกล้เคียงกันคือมีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท ร้อยละ51.56 รายได้สูงกว่า 50001 บาท ร้อยละ 48.44 และไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในภาพรวมเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.1, p <.05$)

เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละด้าน พบว่าด้านสังคม-วัฒนธรรม ผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า5000 บาทและไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001($\chi^2 = 9.62, p <.001$)

สำหรับด้านสรีระ จิตใจ พัฒนาการและจิตวิญญาน พบว่าด้านสังคม-วัฒนธรรม ผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาทและไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ ยกเว้นด้านจิตวิญญานที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 0.16, 3.52, 0.85$ และ 0, $p >.05$)

ปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยแรกที่น่ามาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรฮีน คือ ความเพียงพอของรายได้โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บและกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้และแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อยและกลุ่มที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก จัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและใช้การทดสอบไคสแควร์

ตารางที่26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้และระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	ความเพียงพอของรายได้		รวม	χ^2	df	P-value
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ				
ปัญหาในภาพรวม	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	94.74(36)	75.53(213)	77.81(249)	1.9	1	0.17
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	5.26(2)	24.47(69)	22.19(71)			
สตรีระ	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	89.47(34)	83.33(235)	84.06(269)	0.5	1	0.48
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	10.53(4)	16.67(47)	15.94(51)			
จิตใจ	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	92.11(35)	82.62(233)	83.75(268)	4.8	1	0.03*
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	7.89(3)	17.38(49)	16.25(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	92.11(35)	80.85(228)	82.19(263)	5.13	1	0.02*
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	7.89(3)	19.15(54)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	78.95(30)	72.34(204)	73.13(234)	6.76	1	0.01**
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	21.05(8)	27.66(78)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(38)	100(282)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย	15.79(6)	12.41(35)	12.81(41)	4.8	1	0.03*
มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก	84.21(32)	87.59(247)	87.19(279)			

*p<.05,**p<.01

ตารางที่ 26 จากตารางพบว่าผู้ติดเชื้อโรอินที่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 94.74 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย มีเพียงร้อยละ 5.26 ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ส่วนผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีผู้ที่ไม่มีปัญหาถึงมีน้อยร้อยละ 75.53 และมีปัญหาปานกลางถึงมากร้อยละ 24.47 จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($\chi^2=1.9, p<.05$)

สำหรับปัญหาทางด้านสรีระ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้เพียงพอหรือไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย ในทางตรงกันข้ามปัญหาความรุนแรงในด้านจิตวิญญาณ พบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะมีรายได้เพียงพอหรือไม่เพียงพอจะมีปัญหาปานกลางถึงมากคือร้อยละ 84.21 สำหรับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 87.59 มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีร้อยละ 15.79 และ 12.41 ตามลำดับ ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05($\chi^2=4.8, p<.05$)

และปัญหาในด้านจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อยเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยที่ 2 ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรฮิงญา คือ อาชีพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่ประกอบอาชีพกับกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยและกลุ่มที่มีปัญหาระดับปานกลางถึงมากจัดทำเป็นตารางไขว้ จำแนกตามรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้านและใช้การทดสอบไคสแควร์

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	อาชีพ		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ประกอบอาชีพ				
ปัญหาในภาพรวม	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	73.74(73)	79.55(175)	77.75(248)	1.33	1	0.25
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	26.26(26)	20.45(45)	22.26(71)			
สตรีระ	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	86.87(86)	82.73(182)	84.01(268)	0.87	1	0.35
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	13.13(13)	17.27(38)	15.99(51)			
จิตใจ	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	78.79(78)	85.91(189)	83.70(267)	2.54	1	0.11
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	21.21(21)	14.09(31)	16.30(52)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	82.83(82)	81.82(180)	82.13(262)	0.05	1	0.83
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	17.17(17)	18.18(40)	17.87(57)			
พัฒนาการ	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	69.7(69)	74.55(164)	73.04(233)	0.82	1	0.37
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	30.30(30)	25.45(56)	26.96(86)			
จิตวิญญาณ	100(99)	100(220)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	13.13(13)	12.73(28)	12.85(41)	0.01	1	0.92
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	86.87(86)	87.27(192)	87.15(278)			

จากตารางที่ 27 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับปัญหาในการดูแลสุขภาพ พิจารณาความรุนแรงในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับน้อยถึงไม่มีปัญหา กล่าวคือกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพมีปัญหา ร้อยละ 73.74 ในขณะที่ร้อยละ 79.55 เป็นกลุ่มที่ประกอบอาชีพ ส่วนผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมากในกลุ่มที่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.45 และกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพมีปัญหา ร้อยละ 26.26 อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ การทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะประกอบอาชีพหรือไม่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามระดับความรุนแรงของปัญหาในด้านจิตวิญญาณ พบว่าส่วนมากจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมากคือร้อยละ 86.87 สำหรับกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพและกลุ่มที่ประกอบอาชีพมีปัญหา ร้อยละ 87.27 มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหา ร้อยละ 13.13 และ 12.73 ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยที่ 3 ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นคือความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นไม่สะดวกกับสะดวกดีและแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา และระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	ความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา		รวม	χ^2	df	P-value
	ไม่สะดวก	สะดวกดี				
ปัญหาในภาพรวม	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	66.67(10)	78.36(239)	77.81(249)	1.13	1	0.29
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	33.33(5)	21.64(66)	21.88(70)			
สตรีระ	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	66.67(10)	84.92(259)	84.06(269)	3.55	1	0.06
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	33.33(5)	15.08(46)	15.94(51)			
จิตใจ	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	73.33(11)	84.26(257)	83.75(268)	1.25	1	0.26
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	26.67(4)	15.74(48)	14.06(45)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	73.33(11)	82.62(252)	82.19(263)	0.84	1	0.36
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	26.67(4)	17.38(53)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	66.67(10)	73.44(224)	73.13(234)	0.33	1	0.56
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	33.33(5)	26.56(81)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(15)	100(305)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	26.67(4)	12.13(37)	12.81(41)	2.7	1	0.1
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	73.33(11)	87.87(268)	87.19(279)			

จากตารางที่ 28 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา กับ ปัญหาในการดูแลสุขภาพ พิจารณาความรุนแรงในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความสะดวก และไม่ได้ได้รับความสะดวกส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับน้อยถึงไม่มีปัญหา กล่าวคือกลุ่มที่ได้รับความสะดวกในการบำบัดรักษามีปัญหาร้อยละ 66.67 ในขณะที่ร้อยละ 78.36 เป็นกลุ่มที่ได้รับความสะดวกดีในการ รับการบำบัดรักษา ส่วนผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมากในกลุ่มที่ได้รับความสะดวกดีในการ บำบัดรักษา ร้อยละ 21.64 และกลุ่มที่ไม่ได้รับความสะดวกในการบำบัดรักษามีปัญหาร้อยละ 33.33 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ การทดสอบ ด้วยค่าไคสแควร์ก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับความสะดวกหรือไม่ได้ได้รับความ สะดวก ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ในทางตรงกันข้ามระดับความรุนแรงของปัญหาในด้านจิต วิญญาณ พบว่าส่วนมากจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมากคือร้อยละ 87.87 สำหรับกลุ่มที่ ได้รับ ความสะดวกและร้อยละ 73.33 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับความสะดวก มีผู้ที่มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหา ร้อยละ 12.13 และ 26.67 ตามลำดับ ผลการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยที่ 4 ที่นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอิน คือ ความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นหาซื้อได้ง่ายและหาซื้อได้ลำบาก และแบ่ง และแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของปัญหาออกเป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้นดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติดและระดับความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	ความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติด		รวม	χ^2	df	P-value
	หาซื้อได้ง่าย	หาซื้อได้ลำบาก				
ปัญหาในภาพรวม	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	83.03(181)	66.67(68)	77.81(249)	10.77	1	0.00***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	16.97(37)	33.33(34)	22.19(71)			
สตรีระ	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	84.86(185)	82.35(84)	84.06(269)	0.33	1	0.57
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	15.14(33)	17.65(18)	15.94(51)			
จิตใจ	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	85.78(187)	79.41(81)	83.75(268)	2.07	1	0.15
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	14.22(31)	20.59(21)	14.06(45)			
สังคม-วัฒนธรรม	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	87.16(190)	71.57(73)	82.19(263)	11.53	1	0.000***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	12.84(28)	28.43(29)	17.81(57)			
พัฒนาการ	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	80.28(175)	57.84(59)	73.13(234)	17.79	1	0.000***
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	19.72(43)	42.16(43)	26.88(86)			
จิตวิญญาณ	100(218)	100(102)	100(320)			
ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย	15.14(33)	7.84(8)	12.81(41)	3.31	1	0.7
มีปัญหাপานกลางถึงมาก	84.86(185)	92.16(94)	63.75(204)			

***p<.001



จากตารางที่ 29 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติดกับปัญหาในการดูแลสุขภาพ พิจารณาความรุนแรงในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่หาซื้อยาได้ลำบาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 ไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 33.33 ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่ายร้อยละ 83.03 ในการดูแลสุขภาพไม่มีปัญหาถึงมีน้อย มีผู้ที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ร้อยละ 16.97 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มบุคคลที่หาซื้อยาเสพติดได้ลำบากจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่ายและเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 10.77, p < .05$)

สำหรับปัญหาในด้านอื่นๆ ได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ พบว่าทั้งกลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ลำบากและกลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่าย ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย และเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความรุนแรงของปัญหาในด้านสังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ พบว่ากลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ลำบากร้อยละ 71.57 และ 57.84 มีปัญหาน้อยถึงไม่มีปัญหา มีถึงร้อยละ 28.43 และ 42.16 ที่มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ขณะที่กลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่ายร้อยละ 19.72 และ 12.8 ที่มีปัญหามาก จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ลำบากจะมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่าย ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 11.53, 17.79, p < .001$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่ได้รับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด
สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

จากการศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นในภาพรวม พบว่ามีความรุนแรงของ
ปัญหาอยู่ในระดับน้อยถึงไม่มีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 77.81 มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็น
ร้อยละ 22.19 ผู้ติดเชื้อโรอื่นไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อยในการดูแลสุขภาพ เนื่องจาก

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้มีอายุอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่(อายุ 20-40 ปี) ทำให้มีวุฒิ
ภาวะและมีความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้น มีการรับรู้ เข้าใจและตัดสินใจในเรื่อง
ต่างๆ ได้ดีมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง สามารถยอมรับและรับผิดชอบการกระทำเพื่อ
ให้ตนเองมีสุขภาพดี ทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพและให้ความ
ร่วมมือในการรักษาสูง(Lambert, 1979:210 อ้างถึงใน อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531:17) โดยผู้ที่มี
อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเสมอจันทร์
อะนะเทพ (2535:85) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาโดน พบ
ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์โดยผู้ติดยาเสพติด
ที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีด้วย

2. มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56.56 แต่อาศัยอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ร้อยละ 95.62 ส่วน
ใหญ่ที่มีปัญหาต่างๆได้ร้อยละ 72.5 จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลโดยตรง
ต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย โดยจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงกับเหตุ
การณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและยังส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อในระบบ
ประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ให้ทำงานดีขึ้นยากต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดภาวะวิกฤติของ
ชีวิต ลดความเครียดเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงใน
ขณะเดียวกันจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ

การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล(1989:21-27) จิรภา หงษ์ตระกูล(2532:173) อัจฉริยา ปทุมวัน (2534:40) และอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์(2531:46) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนด้านสุขภาพและเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

3. มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาถึงอนุปริญาร้อยละ66.87 มีประสบการณ์ของชีวิตทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาและแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล และยังเป็นกระบวนการที่ใช้พัฒนามนุษย์ทั้งทางด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้มีทัศนคติและพฤติกรรมที่มีคุณค่าทำให้บุคคลมีความเจริญของงานทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าและแสวงหาความรู้ ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาสุขภาพได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย มีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์(2529: 76) Kasl & Cobb (1966:250) Becker, et al. (1978:274-275) จำเรียง ธรรมะสุวรรณและคณะ(2527) ดวงพร รัตนอมรชัย(2535) และศุภวรินทร์ หันกิตติกุล(2539) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

4. ผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร้อยละ 71.56 รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.75 ซึ่งเพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 59.06 จึงทำให้ผู้ติดเฮโรอีนไม่เดือดร้อนทางเศรษฐกิจมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันจึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของเขวดี สุวรรณนาคะ(2532) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบชนิดไวรัสบี ภัทรา จุลวรรณ (2529: ก) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยวัณโรค และขัณฎา ภูริวิทย์ (2541:63) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีนทางเส้นเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. ผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 84.69 ไม่เคยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 93.75 จึงไม่มีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งผู้ติดเฮโรอีนเป็นผู้ที่ใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข จึงทำให้ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพจากการมารับการบำบัดที่คลินิกยา

เสพติดตามโปรแกรมการรักษาที่ได้รับตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัด การให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดเฮโรอีนไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อยในการดูแลสุขภาพ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัญหาแต่ละด้าน เช่น ปัญหาด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ พบว่ามีปัญหาในระดับน้อยถึงไม่มีปัญหา มีเพียงด้านจิตวิญญาณที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ปัญหาด้านสรีระ ประเด็นที่มีปัญหามากที่สุดคือปัญหาด้านการขับถ่ายเช่นท้องผูกง่าย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการใช้เฮโรอีนมาก่อน ซึ่งเฮโรอีนทำให้ลดการหลั่งของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก และลดการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร เป็นผลให้เกิดอาการท้องผูก ประกอบกับจากการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่ผู้ติดเฮโรอีนกระทำเมื่อมีเวลาว่างหรือรู้สึกเหงา ได้แก่ การนอน/การอ่านหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งผลจากการไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดน้อยลง เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ ปัญหาด้านสรีระอีกปัญหาหนึ่งคือปัญหาเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลีย แม้ขณะอยู่เฉยๆ อาจเนื่องมาจากเฮโรอีนทำให้เบื่ออาหาร สุขภาพทรุดโทรม หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี บางรายน้ำหนักลดประมาณ 20 กิโลกรัมภายใน 3 เดือนและจากการตรวจพบโรคติดเชื้อในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดเข้าหลอดเลือดของปารณีย์ พลังวชิรา (2531:422-426)พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่หัวใจและปอดมากที่สุด เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นร่างกายจะผ่ายผอมอย่างรวดเร็ว หดความคิดอ่าน ปัญญาเสื่อมลง อ่อนเพลียไม่อยากทำงาน มีอาการแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับด้านจิตใจคือท้อแท้ เบื่อหน่าย หดกำลังใจ หงุดหงิด รำคาญ อารมณ์เสียเวลามีคนอื่นอยู่ด้วย/อยู่คนเดียว คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรน่าภูมิใจ จากการศึกษาของประภาส สุขพรรณสินี(2536:2)พบว่าผู้ติดเฮโรอีนทางเส้นเลือดมีปัญหาด้านจิตใจในแง่การยอมรับตนเอง มีความรู้สึกท้อแท้ หดหวังที่จะหายจากการติดเฮโรอีนเพราะขาดการใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

สำหรับปัญหาด้านสังคม-วัฒนธรรมประเด็นที่เป็นปัญหามากที่สุดคือครอบครัวไม่เชื่อว่าจะหายขาดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นบุคลิกลักษณะส่วนใหญ่ของคนติดยาเสพติดมักเป็นคนที่ไม่เข้มแข็ง การตัดสินใจไม่ดีขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยมีความมุ่งมั่น ซึ่งผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือต้องใช้เวลาในการบำบัดรักษานาน จากการที่ผู้ยาเสพติดเป็นเวลานานไม่สามารถหายขาดได้อย่างจริงจังครอบครัวจึงขาดความไว้วางใจในตัวผู้ติดเฮโรอีน อีกทั้งครอบครัวยังมีส่วนกดดันให้ผู้ติดเฮโรอีนเลิกใช้ยาเสพติดอย่างเด็ดขาด สภาพครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในสภาพบ้านแตกเนื่องจากการตาย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ สมาชิกในครอบครัวไม่กลมเกลียวกัน แต่กลุ่มตัวอย่างนี้มีการช่วยเหลือและสนับสนุนของครอบครัวดี จึงเกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ

สำหรับด้านพัฒนาการประเด็นที่เป็นปัญหามากที่สุดได้แก่ ผู้ติดเชื้อโรอื่นมีความรู้สึกที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้เต็มที่ และทำงานผิดพลาดมากขึ้นจากปกติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่อยู่ในวัยของการประกอบอาชีพ อีกทั้งการติดเชื้อโรอื่นจะต้องมีการมารับประทานยาเมทาโดนทุกวันเมื่อขาดยาเมทาโดนหรือขาดเฮโรอื่นจะทำให้เกิดอาการขาดยา จะรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี ง่วงหาวนอน อ่อนเพลียมาก คิดอะไรไม่ออก ผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่จึงมารับยาเมทาโดนโดยสม่ำเสมอทุกวันแต่ฤทธิ์ของยาเมทาโดนสู่เฮโรอื่นไม่ได้เพียงแต่ระงับอาการวิตกกังวล ไม่สบายตัวได้เท่านั้น จึงทำให้การทำหน้าที่การงานบกพร่องได้บ้าง สำหรับด้านจิตวิญญาณประเด็นที่เป็นปัญหามากที่สุดได้แก่ผู้ติดเชื้อโรอื่นรู้สึกว่าการติดยาเสพติดทำให้ตนเองพลาดโอกาสที่ดีในชีวิต การติดยาทำให้เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูลและรู้สึกว่าการครอบครัวยึดหวัง เนื่องจากสังคมส่วนใหญ่ไม่ยอมรับคนที่ติดยาเสพติดรวมทั้งไม่ให้โอกาสที่ดีแก่คนเหล่านี้ด้วย จะไม่ไว้วางใจคนที่ติดยาเสพติดทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความท้อแท้และรู้สึกว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่ผิดพลาดไป บางครั้งคนอื่นในครอบครัวก็จะตำหนิผู้ที่ติดยาเสพติดถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับการลงโทษใดๆแต่ก็ไม่สบายใจและรู้สึกผิดอยู่ในใจตลอดเวลา จนเกิดทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ดีในตนเองขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อโรอื่นมีปัญหาในการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางถึงมาก

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น

จากผลการศึกษาปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นได้แก่

การมีโรคประจำตัว จากผลการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันทั้งในภาพรวมและรายด้านได้แก่ด้านสรีระและพัฒนาการ มากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อโรอื่นที่ไม่มีโรคประจำตัวทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีสภาพร่างกายที่อ่อนแออยู่แล้วและมีผลที่ได้รับจากการใช้เฮโรอื่นอีกทำให้ระบบต่างๆของร่างกายเสื่อมสภาพลงเป็นผลให้มีปัญหาทางสุขภาพมากขึ้นกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 15.31 โดยที่เป็นโรคเอดส์ร้อยละ 7.81 รองลงมาคือโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 3.13 และลิ้นหัวใจรั่ว ร้อยละ 1.57 ผู้ติดเชื้อโรอื่นมีโรคประจำตัวที่ทำให้มีอาการหอบ เหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ส่งผลให้มีอาการต้องมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ขาดความสามารถในการเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้ติดเชื้อโรอื่นรู้สึกว่าการตนเองไร้สมรรถภาพ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการควบคุมชีวิตของตนเอง สูญเสียความหวัง รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงเกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ

ณี มงคลนวลเสถียร(2541:83) พบว่าปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อโรอินที่เข้ารับการบำบัดรักษาในกรุงเทพมหานคร จารุวรรณ ชันติสุวรรณ(2528:ค) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมานานทำให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดี และสุพัตรา สุภาพ (2526:114) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้เสพติดเป็นระยะเวลานานว่ามีขาดความสนใจในสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ที่ต้องเผชิญปัญหาในระยะเวลาชานานอย่างโดดเดี่ยว ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไร้ค่าและหมดความหมาย สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์(Pender 1987:64) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับ ความดีและความจริงจิงของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพดีก็ จะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าและจริงจิงกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสุขภาพไม่ดี สุภวรินทร์ หันกิตติกุล(2539:142) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการใช้ยาเสพติด พบว่า การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอินมีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ทั้งในภาพรวมและรายด้านได้แก่ด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ กล่าวคือผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอินมีปัญหาในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ใช้เฮโรอินเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากยาเสพติดแต่ละชนิดจะมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันเมื่อร่างกายได้รับยาเสพติดหลายชนิดจะทำให้ร่างกายต้องทำงานหนักอย่างมาก ระบบต่างๆในร่างกายเสื่อมสภาพลง และในขณะที่ใช้ยาเสพติดจะทำให้เกิดความรู้สึกกลองลอย ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่ามีความสุขจนไม่อยากจะทำอะไร โดยเฉพาะเมื่อใช้เฮโรอินร่วมกับยาแก้ปวดประสาทหรือยาบ้า จะเก็บตัวอยู่เงียบๆคนเดียวไม่อยากจะรู้เรื่องใดๆ จึงทำให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา สุภาพ(2526:144) พบว่าการติดเชื้อโรอินนานๆจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีผลต่อสุขภาพอนามัย มีขาดความสนใจในสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม

สัมพันธภาพภายในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพ โดยแสดงออกมาในรูปของการมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัวและการมีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาปัญหา ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อโรอินส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ82.81 และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาปัญหา ร้อยละ 72.50 จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพดีตามมาด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โคเฮนและวิลล์(Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในจริยาวัตร คม พัทย์พันธ์, 2531:96) กล่าวถึงผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มี

อารมณ์มั่นคงและลดภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี ครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นต่อกันมีความรู้สึกขั้นพื้นฐานในการสร้างพฤติกรรมและแบบแผนท่าทีของบุคคลในครอบครัว สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขผลักดันให้คนไข้แสวงหาสิ่งที่ผิดเพี้ยน เช่นเดียวกับผลการวิจัยของอรุณ เชาวนาสรีย์(2514) ที่พบว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มที่ติดยาเสพติดมาจากบ้านที่มีความแตกแยกหรือครอบครัวขาดความรักและความเข้าใจ มาจากความร้าวฉานในครอบครัว นพรัตน์ เสริมพานิชได้นำความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมาศึกษาเปรียบเทียบเยาวชนที่ติดและไม่ติดยาเสพติดให้โทษ พบว่าสามารถจำแนกประเภทระหว่างเยาวชนที่ติดและไม่ติดยาเสพติดให้โทษออกจากกันได้ โดยผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีจะเป็นเยาวชนที่ไม่ติดยาเสพติด มีความขัดแย้งกันมากและแยกทางกันและมักเป็นบุตรที่มีบิดามารดาไม่ค่อยสนใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการและไม่มีความหมายต่อครอบครัว สุชาติ บัณฑิตนันทกุล(2519) ทำการวิจัยพบว่าสิ่งที่ผู้ติดยาเสพติดปรารถนามากที่สุดคือความรักความอบอุ่นจากพ่อแม่ ปัญหาทางครอบครัวที่ทำให้เกิดการเสพยาเสพติดอีกครั้งแล้วครั้งเล่า ก็คือปัญหาที่ครอบครัวไม่ยอมรับเพราะไม่เชื่อว่าหายจากการติดยาเสพติด ความไม่เข้าใจกันในครอบครัว ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว ภรรยาไม่ไว้วางใจและทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว แต่หากว่าบุคคลใกล้ชิดมีปฏิกริยาในทางบวก แสดงให้เห็นว่ามีความห่วงใยและตระหนักถึงผลร้ายของยาเสพติด ซึ่งเมื่อเสพแล้วจะมีแต่โทษเพียงสถานเดียว เป็นกำลังใจแนะนำให้เลิกและเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นผลเช่นเดียวกับที่สุพักตร์ วานิชเสนี(2529) ทำการศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก พบว่าการให้ความเอาใจใส่และความเข้าใจของญาติมีผลต่อการทำให้ผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาเลิกได้ ตรีรัตน์ เวชพานิชย์(2530:93) พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนวันของการมารับการบำบัดรักษาลดลงอนพิชแบบผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05และนิพจน์ วีระสุนทร(2520:39) พบว่าลักษณะโครงสร้างของครอบครัว มีอิทธิพลต่อความพยายามและความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

รายได้ จากผลการศึกษาพบว่ามีความรุนแรงของปัญหาอยู่ในระดับน้อย มีเพียงด้านจิตวิญญาณที่มีปัญหาปานกลางถึงมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่มีรายได้จากอาชีพและได้จากพ่อแม่ให้ จากการศึกษาความเพียงพอของรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ59.06 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บโดยอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ53.44 รายได้ของผู้ติดเฮโรอีนอยู่ในระดับเพียงพอและไม่เป็นหนี้ อีกทั้งเมื่อมารักษาที่คลินิกยาเสพติดก็ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่อย่างใด บางรายมีญาติมารับส่งทุกวันจึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากนัก โดยครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทุกอย่างแต่ขอให้ผู้ติดเฮโรอีนเลิกใช้ยาเสพติด เมื่อมีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างๆก็มาจาก

ครอบครัวยุติกันทั้งตัวผู้ติดเชื้อโรอื่นเองก็ไม่มีเพื่อนสนิทที่ชวนกันไปใช้เงิน จึงทำให้รายได้น้อยถึงพอเลี้ยงตัวได้ไม่ทำให้ผู้ติดเชื้อโรอื่นเกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษความสัมพันธ์พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันทั้งในภาพรวมและด้านสังคม-วัฒนธรรม กล่าวคือผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีปัญหาในการดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ จากการศึกษาค้นคว้าผู้ติดเชื้อโรอื่นส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 6200 บาท/เดือนและเพียงพอค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ เพนเดอร์(Pender 1987:161-162) กล่าวว่าฐานะเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ ผู้ที่มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพลดน้อยลง ทั้งนี้เพราะความยากจนทำให้มีขีดจำกัดในการที่จะดูแลสุขภาพอันจะมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิต และรายได้ของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคอีกด้วย(Cobb, 1976:250) จากการศึกษาของเขาวดี สุวรรณนาคะ(2532:บทคัดย่อ) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบชนิดไวรัสบี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย(2532:92) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอื่นทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดขึ้นถอนพิษยา

ความสะดวกในการซื้อยาเสพติด จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติดมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน กล่าวคือผู้ที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่าย จะมีปัญหาในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่หาซื้อยาเสพติดมาได้ยาก ทั้งนี้เพราะกลุ่มที่หาซื้อยาเสพติดได้ง่ายจะมีศักยภาพในการแสวงหายาเสพติดมาใช้ ทำให้ขาดการระมัดระวังถึงผลเสียต่อสุขภาพจากการใช้ยาเสพติดในระยะยาว สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาเสพติดโดยการศึกษาจากผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีแหล่งค้ายาเสพติดและมีผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีแหล่งค้ายาเสพติดและมีผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ บัณธนันท์กุล(2519) พบว่าภาคกลางเป็นภาคที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในแหล่งสลัมและชุมชนแออัด และสุพัตร์ วานิชเสนี(2529) ได้ศึกษาถึงผลการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด

โดยมีข้อพยากรณ์ผลการรักษา ปรากฏว่าการที่ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดไม่มีผลต่อการรักษา จากบุคลิกส่วนตัวของผู้ติดยาโรฮีนเอง มีอารมณ์ไม่มั่นคงขาดความมั่นใจในตนเอง อารมณ์อ่อนไหวง่ายทำให้ถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่ายจึงน่าจะมีผลต่อความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองได้

สำหรับปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดยาโรฮีน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่างหรือรู้สึกเหงา กิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อน เพื่อนที่เป็นที่ปรึกษาปัญหา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ ความสะดวกในการเข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรตามมีการกระจายน้อยและผู้ติดยาโรฮีนกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของระดับเศรษฐกิจ สังคม แบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงสถานบริการ และการมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ระดับของปัญหาจากการศึกษาพบว่าไม่มีปัญหาถึงมีน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรต้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้ติดเชื้อโรอินที่ได้รับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อโรอินที่ได้รับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองระบบของนิวแมน (Neuman, 1995) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ เทียบอัตราส่วนร้อยละและการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสโสด มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการประกอบอาชีพ และมีใช้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา โดยมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัวเช่นรับประทานอาหาร/ดูทีวี ฯลฯ มีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ตลอดจนการมีเพื่อนเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ มีการร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อน เช่น ดูภาพยนตร์/วิดีโอ/ทีวี เวลาว่างหรือรู้สึกเหงา จะนอน/อ่านหนังสือ/เล่นเกมส์

2. ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์การใช้ยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว มีส่วนน้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ ฯลฯ และไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องพักงานหรือนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอยู่ระหว่าง 11-20 ปี สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเพราะอยากลอง ในการใช้ยาเสพติดมีการใช้ยาบ้า และ กัญชา ร่วมด้วย สำหรับเหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพราะอยากเลิก อย่างไรก็ตามกลุ่มนี้เคยเลิกแต่ไม่สำเร็จและจากการศึกษาค้นคว้านี้มากกว่าครึ่งเคยเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษามาก่อน

3. ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอิน ผู้ติดเชื้อโรอินมีปัญหาในการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาปัญหาในแต่ละด้านพบว่าด้านจิตวิญญาณที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่นๆมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย และประเด็นที่เป็นปัญหามากใน

แต่ละด้านคือ ด้านสรีระได้แก่ มีปัญหาการจับถ้าย เช่น ท้องผูกง่าย ปัญหานอนไม่หลับพักผ่อนได้น้อย เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลีย ด้านจิตใจได้แก่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจในการดูแลสุขภาพ หงุดหงิด รำคาญ อารมณ์เสียเวลามีคนอื่นอยู่ด้วย/อยู่คนเดียว คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีอะไรน่าภูมิใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรมได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เชื่อว่าผู้ติดเฮโรอีนจะหยุดยา ได้มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย รู้สึกว่าเหวหรือไม่มีความสุขเมื่ออยู่กับครอบครัว ด้านพัฒนาการได้แก่ รู้สึกว่าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้เต็มที่ ทำงานผิดพลาดบ่อยขึ้นจากปกติ ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว/ที่ทำงานได้ ด้านจิตวิญญาณได้แก่ การติดยาทำให้พลาดโอกาสที่ดีในชีวิตและทำให้เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล ตลอดจนทำความผิดหวังให้ครอบครัว

4. ปัจจัยที่พบที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ โรคประจำตัว การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมกับเฮโรอีน กิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว การมีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาปัญหา รายได้ ความสะดวกในการหาซื้อยาเสพติด ส่วนปัจจัยอื่นๆที่นำมาร่วมวิเคราะห์ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สถานภาพสมรส กิจกรรมที่ทำเมื่อมีเวลาว่าง กิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อน เพื่อนเป็นที่ปรึกษาปัญหา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ ความสะดวกในการรับการบำบัดรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

โดยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพรายด้านได้แก่

ด้านสรีระ คือ อายุ การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานภาพสมรส

ด้านจิตใจ คือ ความเพียงพอของรายได้

ด้านสังคม-วัฒนธรรม คือ ความเพียงพอของรายได้

ด้านพัฒนาการ คือ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส

ด้านจิตวิญญาณ คือ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพในระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาน้อย พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ ในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ โดยสอดแทรกความรู้ คำแนะนำเข้าไปในขณะที่ผู้ติดเฮโรอีนมารับการบำบัดรักษา และช่วยเหลือผู้ติดเฮโรอีนที่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ โดยการจัดการให้คำปรึกษา จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มกันเองจากประสบการณ์ที่มีและเปิดโอกาสให้มีการรับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพ คือการมีโรคประจำตัว กลุ่มนี้มีการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีรายได้ต่ำ ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษเพราะคนกลุ่มนี้มีปัญหาทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยการจัดให้มีการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ และมีการให้สุศึกษาในเรื่องของการดูแล สุขภาพตนเอง

3. ผู้ติดเฮโรอีนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ติดเฮโรอีนที่เป็นโรคติดต่อสามารถแพร่ไปยังผู้อื่นได้พยาบาลอนามัยชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประสานงานกันในการเยี่ยมผู้ติดเฮโรอีนที่บ้านมาไว้ในแผนการเยี่ยม เพื่อเป็นการติดตามและช่วยเหลือผู้ติดเฮโรอีนและครอบครัวให้มีการดูแลสุขภาพตนเองได้

4. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเฮโรอีนมีปัญหาด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง และคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการเกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญเพื่อให้ครอบครัวของผู้ติดเฮโรอีนช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ให้เห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง ควรจะได้รับการดูแลด้วยเทคนิคเฉพาะและซับซ้อนโดยนักจิตวิทยา

5. จากผลการศึกษาจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลสุขภาพ อันได้แก่การมีบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและมีกิจกรรมร่วมกัน จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ติดเฮโรอีนอย่างยิ่ง ดังนั้นควรจัดให้บริการครอบครัวบำบัด(Family therapy)เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ติดเฮโรอีนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ติดเฮโรอีนในคลินิกเฉพาะกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน ทั้งลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการเข้าถึงสถานบริการแต่สำหรับผู้ที่ไม่มารับบริการก็อาจมีปัญหาในการดูแลสุขภาพเหมือนกัน ในครั้งต่อไปจึงควรจะมีการศึกษากลุ่มติดยาเสพติดในชุมชน

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเฮโรอีนที่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดร่วมกับเฮโรอีนและมีโรคประจำตัวที่สามารถติดต่อได้ จึงควรศึกษาถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติกับผู้ติดเฮโรอีนของครอบครัว หรือจัดโปรแกรมการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหายาบ้า. (2531). คู่มือการป้องกันการใช้ยาผิดและยาเสพติดสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- กัลยา ธรรมคุณ, ปราณี ภาณุภาส. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อการหายขาดและการเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองป้องกันยาเสพติด. (2537). เอกสารเผยแพร่ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. เอกสารวิชาการ.
- กองป้องกันยาเสพติด. (2540). สถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2540). รายงานประจำปี 2540. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. รายงาน.
- กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2540). ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. เอกสารวิชาการ.
- กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2541). ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. เอกสารวิชาการ.
- กุหลาบ รัตนสังขธรรมและคณะ. (2540). สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหายาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์.
- เกษม ดันดิผลาชีวะ. (2540). ปัญหายาเสพติด. วารสารไกล่หมอ. 21(3), 68-70.
- ขวัญดา ภูวิทย์ชิระ. (2541). พฤติกรรมกาปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดยาเสพติดในทางเส้นเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญเมือง ลิ้มจรรย์. (2541). ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จ. อ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร)

- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2539). แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ. : รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- จกกล ทองโถม. (2533). กระบวนการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวี : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรลดา ลิ้มจำรูญ. (2539). ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการใช้ยาแอมเฟตามีนของประชากรวัยแรงงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์. หน้า 141.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2533). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารหมายเลข 03-2523 สำนักงานป.ป.ส. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(2) 96-106.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเรียง ฤทธิ์สุวรรณ. (2522). สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช.

- ช่อกิ่ง ชูครุฑ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีวัยรุ่นชายในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญคณิต ก. สุริยมน. (2529). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำในวัยรุ่น. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร. บทคัดย่อ.
- ณัฐวุฒิ เนาวประคิษฐ์. (2528). การตัดสินใจเลือกประกอบอาชีพประมงหลังจากจบการศึกษาภาคบังคับ:กรณีศึกษานุตรชาวประมง อำเภอสัตหีบ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ตรีรัตน์ เวชพาณิชย์. (2530). ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษาเสพติดขั้นถอนพิษยาแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์. (2533). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเชื้อโรอื่นในระยะถอนพิษยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วรรณ ภูติประวรรณ. (2541). พบการติดเชื้อเอชไอวี-1 ซ้ำทับปื้อเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคติดต่อชนิดนี้เข้าสู่ระบบจากโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ พ.ศ. 2539. วารสารกรรมการแพทย์. 23(6). 267-272.
- ธงชัย อุเนกกลาก. (2521). โครงการทดลองบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษด้วยยาเมทาโดนระยะยาว. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเล่ม 2. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป.ป.ส. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- ธวัชชัย วรพงศ์ธร. (2538). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นพรัตน์ เสริมพานิชย์. (2526). การเปรียบเทียบเชื้อไวรัสเอดส์และภูมิคุ้มกันระหว่างเยาวชนที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเสฟติดให้ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิพนธ์ วีระสุนทร. (2520). การสำรวจทัศนคติของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อเอดส์และผู้ติดเชื้อเสฟติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรนาท วิทโชติกิจคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร บุญรักษาสดัย. (2533). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสฟติด. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญเรียบ วัฒนธำรงค์และคณะ. (2541). การสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสฟติดวัยรุ่น. วารสารกรมการแพทย์. 23(11). 295-300.
- บุหงา ภูษะคราม. (2533). แบบแผนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความทุกข์ในครอบครัวมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปกรณ ศิริวงศ์, ธงชัย อุ่นเอกกลาง. (2541). การติดเชื้ออหิวาต์และโรคเอดส์ในผู้ป่วยเสฟติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 23(6). 293-298.
- ประกอบ ผู้วิบูลย์. (2541). การบำบัดรักษาเอดส์อื่นแนวใหม่. วารสารคลินิก. 14(3). 222.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2522). ความนึกคิดเกี่ยวกับตนและการติดเชื้อเสฟติดให้ไทย. วารสารสุขภาพศึกษา. 2 (เมษายน-มิถุนายน) 27-31.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ประภาณี สุขพรรณนิย. (2536). ลักษณะการใช้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสฟติดของวัยรุ่น: ศึกษาเฉพาะเขตชุมชนแออัดคลองเตย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี พลังวชิรา. (2531). โรคติดเชื้อในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเสฟติดเข้าทางหลอดเลือด. วารสารคลินิก. 4 (6). 422-426.

- ปราณี ภาณุมาศ. (2529). ผลของการฝึกอบรมการพัฒนาตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษายาเสพติดชั้นตอนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนจิต อินทรสุวรรณ และคนอื่นๆ. (2539). ปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดของเยาวชน. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พยอม ต้นดีวัฒน์. (2532). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติของสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ จิตรธร. (2516). ยาเสพติดให้โทษกับการบำบัดรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรศิริ ชาดิยานนท์. (2520). รายงานการวิจัยการศึกษาภาวะการติดยาเสพติดซ้ำ. กรุงเทพมหานคร : แผนกสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. บทคัดย่อ.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2535). วิจัยทางการพยาบาล:หลักการและกระบวนการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : โรงพิมพ์อัลลาย์เพรส สงขลา.
- ภัทรา จุลวรรณ. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวินี อยู่ประเสริฐ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กองป้องกันยาเสพติด สำนักงานปปส.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2539). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุภาพร อรุณศิริศักดิ์. (2539). สภาพและปัญหาการติดสิ่งเสพติดในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรมการผลิต. วารสารแรงงานสัมพันธ์. 37(1) 13-17.

- รัชนี ลาขโรจน์. (2529). การใช้เวลาว่างและนันทนาการของวัยรุ่น. เอกสารประกอบการสอนชุด วิชาพัฒนาการวัยรุ่นและการอบรม หน่วยที่ 11 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : 94-158.
- ลัดดา เทือกสุบรรณ. (2538). การขยายการบำบัดรักษายาเสพติดเข้าสู่ชุมชน:กรณีศึกษาผู้ติดยาเสพติด ตำบลหัวเขา อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการเขต 12. 20(4). 422-426.
- วัฒนาพร สุขพรต. (2534). ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเภสัชวิทยา ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม กับระยะเวลาในการมีภาวะการติดยาซ้ำในระหว่างการบำบัดรักษาของผู้ติดยาอื่นในระหว่างบำบัดรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรกมล รักสงวน. (2534). พฤติกรรมการใช้ยาและยาเสพติดของชาวบ้านห้วยน้ำดัง อำเภอแม่แตง จ.เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนิภา บุญขมานพ และอุบลรัตน์ พิษฐ์ชนะนนท์. (2536). ศึกษาสภาพปัญหาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ : กองป้องกันยาเสพติด สำนักงานปปส.
- วรรณิ พิริยจิตรา. (2525). การศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบในทัศนะระบาศติยาในผู้ติดยาอื่นที่เสพและงดเสพเฮโรอีนในระหว่างรับการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวี ทองไพวรรณ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดยาอื่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีชายวัยผู้ใหญ่ที่มีงานทำในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ วีระชัย. (2533). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ในผู้ป่วยยาเสพติดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารกรมการแพทย์. 15(2). 75-80.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์. (2530). รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์นา บุญเปี่ยม. (2534). ทัศนคติของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีต่อการเปิดรับข่าวสารเรื่องการบำบัดรักษา:ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2541). เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการป้องกันและตรวจหาสารเสพติดในสถานศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. จังหวัดสมุทรสาคร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- ศรีสมบัติ บุญเมือง. (2527). การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีผลต่อการติดยาเสพติดของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. (2540). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : บริษัทพชรกานต์พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุชาติ บัณฑิตกุล. (2519). การศึกษาเปรียบเทียบเรื่องยาเสพติดให้โทษของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุพักตร์ วาณิชเสณี. (2529). รายงานการวิจัยเรื่องข้อบ่งชี้สำหรับพยากรณ์ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: ฝ่ายป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักงานัย กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนา ประเทศไทย. (2538). การประมาณการจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สนิท สมัครการและคณะ. (2530). รายงานการวิจัยพฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. (2541). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุพักตร์ วาณิชเสณี. (2529). รายงานการวิจัยเรื่องข้อบ่งชี้สำหรับพยากรณ์ผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: ฝ่ายป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักงานัย กรุงเทพมหานคร.
- สุพัตรา สุภาพ. (2526). ปัญหาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วิสิฐสิน จำกัด.
- สมบัติ สุพัฒชัย. (2535). การเสริมกำลังใจแก่ผู้ติดยาเสพติด. วารสารต่อต้านยาเสพติด. 8(1):43-44.

สมทรง กาญจนะหุตะ. (2521). การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเสียดให้โทษ ผื่น มอร์ฟีน เฮโรอีน. ผื่นสู่เฮโรอีน. วิทย์ เทียงบุญธรรม บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร :สำนักพิมพ์แพรวพิทยา. หน้า 298.

สมภพ เรืองตระกูล. (2528). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

สุมาลี สังข์ศรี. (2539). การประเมินผลแผนป้องกันยาเสพติด พ.ศ. 2535-2539. ระยะที่ 1. วารสารสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 13(1) 28.

สุวิไล แสงวัฒน์. (2533). ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเสียดที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินเมธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสมอจันทร์ อะนะเทพ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสียดเสียดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยเมธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสริม ปุณณะหิตานนท์. (2517). การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาเสียดในประเทศไทยและปัญหาเกี่ยวเนื่องกัน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสภา ชูพิกุลชัยและคณะ. (2528). ปัจจัยทางสังคมสำหรับเป็นข้อบ่งชี้ภาวะการเสียดของชายไทยวัยทำงานในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัย ศูนย์ประสานงานกลาง องค์การภาคเอกชนต่อต้านยาเสพติด สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2542). ความรู้เรื่องยาเสพติด. สมุทรสงคราม:กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข.

อจธรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อจธรียา ปทุมวัน. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไฟบลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อนันต์ เมนะรุจิและคณะ. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกปีพ.ศ.2539. วารสารกรมการแพทย์. 22(7). 261-269.

อรัญ สุวรรณบุปผาและคนอื่นๆ. (2519). การติดเชื้อเสียดให้โทษในทัศนะของระบาคติวิทยา : การศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติดเชื้อเสียดเฮโรอีน.

- กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณีย์ มงคลนวลเสถียร. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ารับการรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีชายวัยผู้ใหญ่ที่ว่างงานในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรณพ วิสุทธิธรรม. (2541). โรคจิตจากแอมเฟตามีน. วารสารกรมการแพทย์. 23(11). 665-670.
- อรุณ เชาวนาศัย และคนอื่นๆ. (2530). การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วยวิธี Cognitive/ Behavioral psychotherapy. วารสารสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน. 144(5), 152-159.
- อารีรัตน์ เวรพาณิชย์. (2530). ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบำบัดรักษาขั้นถอนพิษยา แบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาขั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Becker, Marshall H. (1974). "The Health belief model and Sick Role behavior" Health Education Monographs 2 : 409-419.
- Brow, M.A. (1986X). Social support during pregnancy : an unidimensional or multidimensional construct. Nursing research. 25(1). 4-9.
- Cobb, S. (1976). "Social support as a moderator for life stress" Psychosomatic Medicine. 38, 300-312.
- Coopersmith. S. (1967). The antecedents of self esteem. San Francisco: W.H. Freeman.
- Eleanor J Sullivan. (1995). Nursing CARE of CLIENTS with Substance Abuse. Mosby A times Mirror Company.
- Green Lawrence W. (1991). Health promotion planing : an education and enviornmental. Mayfield publishing company.
- Hass, D.L.(1990). The Relationship Between Coping Dispositions and Power Components of Dependent Care Agency in parents of children with Special Health Care Needs. (Doctoral disertation , Wayne State University, Detroit. MJ)
- Hubbard, P., et. al. (1984). The Relationship Between Social Support and Self-Care Practices.

- Nursing Research. 33(5). 266-269.
- Liebert, R.M. and Nelson, R.W. and Kail, R.V. (1986). Development Psychology. 4th ed. New Jersey : Prentice-Hall, Englewood cliffs.
- Kasl, S.V. & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. Achieves Environmental Health. 12(2), 246-261.
- Keith Tones. (1986). "Preventing drug misuse : The case for breath balance and coherence". Health Education Journal. 45(4).
- Macelveen, P.M. (1978). Social network In R.A. Longo & D.C. Williams(Eds). Clinical practice in psychosocial nursing : assessment and intervention. New York:Appleton-century-Crofts.
- Neuman, B.(Ed.) (1982). The Neuman system model:application to nursing education and practice. East Norwalk, Connecticut:Appleton-Century Crofts.
- .(1989). The Neuman system model(2nd ed). Norwalk Connecticut;Appleton-Lange.
- .(1990). Health as a continuum based on Neuman system model. Nursing Science Quarterly. 3. 129-135.
- .(1995). The Neuman system model. Norwalk:Connecticut;Appleton & Lange.
- Orem, D.E. (1985). Nursing : Concept of Practice. New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- .(1991). Nursing : Concept of Practice. New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Pachongchit Intasuwan. (1996). Factors Related to Duug Addicts Behavior of Adolescents. Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot university.
- Paul Robinson. D. (1988). The Adolescent Alcohol and Drug Problem:A Practical Approach. Pediatric Nursing. 14(4).
- Pender, N.T. (1987). Health Promotion in Nursing Practice 2nd ed. California : Appleton & Lange.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากร แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด และแบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเฮโรอีน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ปณิดา ปรียทฤษ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำนักงานัย กรุงเทพมหานคร

ศูนย์ประสานงานที่ 1

คลินิกยาเสพติด 1	วัดธาตุทอง
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 7	บุญมี ปุรราชรังสรรค์
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 16	ลุมพินี
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 23	สี่พระยา

ศูนย์ประสานงานที่ 2

คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 4	ดินแดง
------------------------	--------

ศูนย์ประสานงานที่ 3

คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 22	วัดปากบ่อ
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 41	คลองเตย

ศูนย์ประสานงานที่ 4

คลินิกยาเสพติด 2	ลาดพร้าว
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 3	บางซื่อ
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 6	สโมสรวัฒนธรรมหญิง
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 19	วงศ์สว่าง
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 51	วัดไผ่ตัน

ศูนย์ประสานงานที่ 5

คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 31	เอิบจิตร ทั้งสุขบุตร
คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 40	เกษิเจริญ

ศูนย์ประสานงานที่ 6

คลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ 29	ช่วง-นุชเนตร
-------------------------	--------------

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ด้วยกระผม นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาเรื่องปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่น ที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล กับปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นที่มารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอื่นและให้การส่งเสริม ปรับปรุง ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโรอื่นในการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ถ้าท่านเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านกรณาดอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านเศรษฐกิจแบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติดและแบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที แบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมีจำนวน 62 ข้อ คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และเสนอผลในลักษณะของกลุ่มในภาพรวมซึ่งใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโรอื่นต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ กระผมยินดีอธิบายให้ท่านเข้าใจก่อนและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของคลินิกยาเสพติดเป็นอย่างดี ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และถึงแม้ว่าท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยแล้วท่านก็ยังมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ หากท่านมีข้อสงสัยท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ที่สำคัญที่สุด การศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านที่สละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์

ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรอินที่มารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติด
สำนักอนามัย ในเขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1. ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคมและประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือเติมข้อความลงใน.....ตามความเป็นจริง

- 1. อายุ.....ปี
- 2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
- 15. ความสะดวกในการหาซื้อเฮโรอินมาใช้ ☐ หาซื้อได้ยากพอสมควร ☐ หาซื้อได้ง่ายและสะดวกดี ☐ หาซื้อได้ค่อนข้างลำบาก เพราะ.....

ส่วนที่ 2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการใช้ยาเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือเติมข้อความลงใน.....ตามความเป็นจริง

- 1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 2. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการเจ็บป่วยที่ต้องบำบัดรักษาหรือหยุดงานหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 12. ก่อนการบำบัดรักษาในครั้งนี้ท่านเคยเข้ารับการบำบัดรักษาที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง เหตุผลสำคัญคือ.....

ส่วนที่3. แบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง แบบประเมินปัญหาในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลสุขภาพขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม-วัฒนธรรม ด้านพัฒนาการ และด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ้น30 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับสภาพปัญหาของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

- ไม่มีปัญหา
- หมายถึงข้อความดังกล่าวไม่เป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของท่าน
- มีปัญหาน้อย
- หมายถึงข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของท่านแต่มีความรุนแรงน้อยหรือท่านคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาเองได้
- มีปัญหาปานกลาง
- หมายถึงข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของท่านซึ่งมีความรุนแรงปานกลางหรือท่านคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้หากได้รับความช่วยเหลือ
- มีปัญหามาก
- หมายถึงข้อความดังกล่าวเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพของท่านซึ่งมีความรุนแรงมากหรือท่านคิดว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เลย

ข้อความ	ระดับของปัญหา			
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลียแม้ขณะอยู่เฉยๆ				
2. ท่าน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย				
3. ท่านเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย				
27. ท่านรู้สึกว่าการติดยาเสพติดทำให้ท่านพลาด โอกาสที่ดีในชีวิต				
28. ท่านรู้สึกว่าการติดยาเสพติดเป็นตรบาปที่ไม่มีวันลบเลือน				
29. ท่าน ไม่แน่ใจว่าอนาคตของท่านจะเป็นอย่างไร				
30. ท่านรู้สึกว่าการครอบครัพลิดหวังในตัวท่าน				

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นายรังสรรค์ มาระเพ็ญ

วันเดือนปีเกิด

6 เมษายน 2511

สถานที่เกิด

จังหวัดสมุทรสงคราม ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, พ.ศ. 2531-2533

ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พ.ศ. 2533-2535

ศึกษาศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พ.ศ. 2537-2539

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2540-2543

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ. 2533-ปัจจุบัน

โรงพยาบาลอัมพวา สมุทรสงคราม

สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 5

HEALTH CARE PROBLEMS OF THE HEROIN ADDICTS SEEKING CARE AT THE NARCOTIC CLINICS DEPARTMENT OF HEALTH BANGKOK METROPOLIS ADMINISTRATION

Introduction

Heroin is considered a serious problem at national level. It is spreading to all parts of the country. The portion of the heroin addicts receiving treatment is 80% of all the other drugs addicted. The addicts have to gradually increase using the drugs to get the effect. Some addicts will come to receive treatment for a period of time so that they can take lesser dosage. Since 1997 the severity of heroin abuse is less than amphetamine but not decreasing in its severity. The heroin addicts have easier access to the drugs, but most importantly the heroin is cheaper. The authorities are more interested in cracking down the amphetamine problem than the heroin. Thus heroin problem is getting more serious.

Bangkok, the centers of everything with a population of more than 6 millions, has heroin problem more than other parts of the country. It has the heroin addicts about 19 to 1000 population ratio (Dept. Of Narcotics Prevention and Treatment, 2541/1). Bangkok has a high socialized structure with all kinds of developments. Bangkok people have to struggle for the living and they will be more selfish. They have less family security and this reduces them to use heroin. Most heroin addicts are in the working groups, making security for the living in life. Being heroin addicted will cause persons' wastage problem, because their health will be deteriorating, as well as their mind and thinking. The heroin addicts need much patience and will support if they want to give up. The heroin addicts will take little interest in health self care problem and ignore health promotion activities. Therefore they will be very easy to become ill and the government has to pay a vast sum for public health expenditure.

Therefore enhancing potential the heroin addicts to take care of their health is very crucial. The researcher is interested in studying health care problem of the heroin addicts seeking care at the narcotic clinics department of health Bangkok metropolis administration including the relationship between intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal factors and

health care problems of the heroin addicts. Results of the study will be helpful to use as base line data in planning for promoting health of the addicts.

Objectives of the Study

- 1.To identify health care problems of the heroin addicts seeking care at the narcotic clinics
2. To explore the relationships between Intrapersonal, Interpersonal, Extrapersonal factors and health care problems of the heroin addicts

Scope of the Study

This study focused on health care problems of the addicts, age between 20-40 years. seeking care at the narcotic clinics department of health Bangkok Metropolis Administration.

A Summary of Abstract

The first objective of this study was to identify the severity of health care problems of heroin addicts seeking care at narcotic clinics in Bangkok Metropolis Administration. The second objective was to examine the relationship between intrapersonal, interpersonal and extrapersonal factors and health care problems. A sample of 320 heroin addicts were randomly selected from the Narcotic Clinics, Department of Health, Bangkok Metropolis Administration. The interview questionnaires were developed based on Neuman's System Model and literature review. These were used for data collection in November and December, 1999. Frequency distribution. Percentage distribution and Chi-square test were used for data analysis.

Results of the study revealed that most samples were confronted with both overall and specific health problems at mild levels. Only spiritual problems were found to be at moderate levels. The specific problems were physiological, psychological, socio-cultural, developmental and spiritual. The aspects encountered with each specific problem at the highest level were: constipation, boredom and despair, loss of confidence from family members, inefficient work and loss of opportunity for improvement. The factors significantly related to the severity of health care problems at a .05 statistical level were ; suffering chronic illnesses, using other drugs together with heroin, family relationships, monthly incomes, and ease in buying drugs.

This study suggests that to improve the quality of care for drug addicts, emphasis should be placed on spiritual problems. In addition, for health personnels the focus should be on addicts having chronic illness, using other drugs together with heroin, poor family relations, and low monthly incomes. Moreover, coordination and collaboration between personnels in Health Center and Community Health Nurses in the areas would be of great benefit in treating drug addicts.

Materials & Methods

This descriptive research aimed to identify health care problems and factors related to the problems of heroin addicts. The population was the heroin addicts seeking care at the Narcotic Clinics Department of Health Bangkok Metropolis Administration. The samples of 320 addicts were randomly selected using multi stages sampling technique. The interview questionnaires were used for data collection during November - December 1999.

Instrumentation

The interview questionnaires included socio-economic and demographic characteristics, past illness, history of drugs used, and experience of receiving narcotic treatment. The health care problem assessment scale was also included in the questionnaires. This scale was constructed based on the Neuman System Model. It consists of 30 items which was classified into 5 dimensions: physiological, psychological, socio-cultural, developmental and spiritual problems.

A 4- point rating scale was used as an alternative choice. The samples were requested to select the choices which best described their severity of the ranging from 1= no problem to 4 = extremely severe. The percentages of total score were used for grading the severity of the problems : which were below 60% = low level, 60-80% = moderate level, and above 80% = high level.

The data were analyzed using descriptive statistics. The Chi – square test was used to examine the relationship between intrapersonal, interpersonal , and extrapersonal factors and health care problems.

Results

Part 1. The General Characteristics

1.1. Demographic - Economic (See Table 1)

31.25% of the heroin addicts were mostly over 35 years old, 56.56% were single, 43.75% were working as employees and 59.06% had an average income of Bath 6,262/month, was enough for the living.

1.2. Social (See Table 2)

53.44 % of the heroin addicts lived with their parents. 82.81% joined in the family activities and 92.45% of the activity was eating together at meal times.

72.5% of the addicts had family members who could give them consultation while 60%. Could consult their close friends. 83.44 % of the addicts had friends using drugs and 45.31% watch television or see a movie at their liesure time or when they feel lonely.

1.3. Illness (See Table 3)

84.69% had no chronic personal illness one month before the interview . 93.75% had never stop working due to illness or been hospitalized. 61.56% had never joined any health education program. 67.50% were in good health.

1.4. Drug Abuse (See Table 4)

85.94% of the addicts used drugs first time when they were 11-20 years old. 60.31% became addicted because of wanting to taste it. 44.69% became addicted because the drugs could be bought easily and conveniently. 43.13% used heroin together with other drugs.

1.5. Experience and treatment (See Table 5)

73.75% of the heroin addicts came for treatment wanted to have it cured. 88.44% used to receive the treatment. 95.31% received conveniences to came for the treatment at the Narcotic Clinics, Department of Health, Bangkok Metropolis Administration.

Table 1 Demographic - Economic Distribution of Heroin Addicts

Demographic-Economic Characteristics	Frequency (n = 320)	Percentage
Age(year) (Mean = 29.58, S.D. = 6.78, Min = 20, Max = 40)		
20-24	98	30.63
25-29	72	22.50
30-34	50	15.63
35 and higher	100	31.25
Marital Status		
single	181	56.56
Married	111	34.69
Widowed / Divorced /Separated	28	8.75
Education Level		
No schooling	4	1.25
Primary school	95	29.69
High School	133	41.56
Vocation / Diploma	81	25.31
University	7	2.19
Employment Status		
Worker	140	43.75
Unemployed	91	28.44
Trade	69	21.56
Government Servant	9	2.81
Students	9	2.81
Agricultural	2	0.63
Income (Baht) (Mean =62.62.81,Min=600,Max=40,000)		
Below 3,000	119	37.19
3,000-5.000	46	14.38
5,001-8,000	78	24.38
Over 8,000	77	24.06

Table 1 Demographic - Economic Distribution of Heroin Addicts (continued)

Demographic-Economic Characteristic	Frequency (n = 320)	Percentage
Resource of Income		
Employed	220	68.75
Parents	76	23.75
Cousin	23	7.19
Public welfare	1	0.31
Adequacy of Income		
Adequate with saving	38	11.88
Adequate but no saving	189	59.06
Not adequate but no debts	43	13.44
Not adequate and with debts	50	15.63

Table 2. Socio Distribution of Heroin Addicts

Social Characteristics	Frequency (n = 320)	Percentage
Living with		
Parents	171	53.44
Wife/Child	90	28.13
Cousin	38	11.88
Friend	7	2.19
Alone	14	4.38
Activities within family members (answer more than one choice)		
No	55	17.19
Yes	265	82.81
Eating	245	92.45
Watch television	166	62.64
Conversation	28	10.57
Gardening	3	1.13
Traveling	3	1.13
Play sport	2	0.75

Table 2. Socio Distribution of Heroin Addicts (continued)

Social Characteristics	Frequency (n = 320)	Percentage
Persons to consult with the family members		
No	88	27.50
Yes	232	72.50
Reason not to consult with the family members		
No trust	57	64.77
Lack of support	17	19.32
Not living together	14	15.91
Able to discuss problems with friends		
No	128	40.00
Yes	192	60.00
Reasons not to discuss problems with friends		
No trust	108	84.38
Lack of trust	20	15.62
Activities among friends when have free times		
Watch movie	105	32.81
Conversation	96	30.00
Music/play sport/driving	54	16.88
Drinking/ travel/drug addict	43	13.44
House work	3	0.94
None	19	5.94
Drugs used by close friend (answer more than one choice)		
No	53	16.56
Yes	267	83.44
Heroin	240	89.89
Amphetamine	66	24.72
Marijuana	15	5.62
Evaporate	4	1.50
Valium/ Dormicum	3	1.12

Table 2. Socio Distribution of Heroin Addicts (continued)

Social Characteristics	Frequency (n = 320)	Percentage
Activities when have free times/to feel lonely		
Watch movie/TV	145	45.31
Sleeping/reading/sport	109	34.06
Listening to music/play game/shopping	54	16.88
Home work/croche	34	10.63
To sprinkle water/ to domesticate animal/fishing	25	7.81
Seeking drug/talking/travel/collecting buddha	15	4.69

Table 3 History of illnesses

History of illnesses	Frequency (n = 320)	Percentage
Underlining diseases		
No	271	84.69
Yes	49	15.31
AIDS	25	51.02
Urinary tract infection	10	20.41
Mitral value	5	10.21
Hepatitis	3	6.12
Hypertension	2	4.08
Diabetic mellitus	2	4.08
Thalassemia	2	4.08
Illnesses required a rest or hospital in the past month		
No	300	93.75
Yes	20	6.25
AIDS	8	40
Myalgia	7	35
Influenza	3	15
Accident	2	10

Table 3 History of illnesses (continued)

History of illnesses	Frequency (n = 320)	Percentage
Join health group		
Never	197	61.56
Ever	123	38.44
HIV vaccine program	112	91.05
Prepare to stay in a hospital	8	6.50
Diabetic mellitus	2	1.63
Mental health	1	0.82
State of health at present		
Healthy	216	67.50
Occasional illness	101	31.56
Often illness	3	0.94

Table 4. History of drug seeking

History of drug seeking	Frequency (n = 320)	Percentage
First time when using drug (Mean = 17.89, S.D. = 3.58, Min = 9, Max = 35)		
11-20 year	275	85.94
21-30 year	44	13.75
30 year over	1	0.31
Reason for using drug first time		
testing	193	60.31
Friend persuasion	67	20.94
Emotionally disturbed	31	9.69
For fun	22	6.88
Lonely/bored	7	2.19
Reason for using heroin		
Testing/change	191	59.69
Wants more powerful drug	87	27.19
Easy to buy	32	10.00
Emotionally disturbed	10	3.13

Table 4. History of drug seeking

History of drug seeking	Frequency (n = 320)	Percentage
Ease of buying drugs		
Ease and convenience	143	44.69
Somewhat difficult	102	31.88
Difficult to buy	75	23.44
Using other drugs together with heroin (answer more than one choice)		
No other drugs	182	56.88
Used with other drugs	138	43.13
Marijuana	65	47.10
Amphetamine	64	46.38
Tranquilizer	28	20.29

Table 5 Experience and treatment

Experience and treatment	Frequency (n = 320)	Percentage
Most important reasons for seeking treatment		
Want to lift	236	73.75
Lack of money	51	15.94
Delapidated in health	20	6.25
Difficult to buy/ fear to be arrested	10	3.12
Influence from mother	2	0.63
to follow friends	1	0.31
History to treatment		
Never	37	11.56
Ever	283	88.44
Reason for heroin treatment		
Want to lift	186	65.72
Lack of money	67	23.68
Influence from parents	25	8.83
fear to be arrested	5	1.77

Table 5 Experience and treatment (continued)

Experience and treatment	Frequency (n = 320)	Percentage
Ease in seeking care at Narcotic Clinics		
Ease and convenience	305	95.31
Somewhat difficult	12	3.75
Difficult to buy	3	0.94

Part 2 : Health Care Problems of the Heroin Addicts (see table 6)

Health care problem of the heroin addicts was considered as a whole at mild level. 73.02% of the addicts had a spiritual problem at moderate level, while having physiological, psychological, socio-cultural, developmental problems at mild level of 46.39%, 47.03%, 45.85% and 48.11%, respectively.

Table 6. Means, Standard deviations and Percentage of means in Heroin Addicts

Health care Problems	Range of Score		Mean	S.D.	percentage of mean	Level of Severity
	Interview	Subject				
Physiological	6-24	6-22	11.13	3.08	46.39	Mide
Psychological	6-24	6-22	11.29	3.39	47.03	Mide
Socio-cultural	6-24	2-24	11.00	3.34	45.85	Mide
Developmental	6-24	6-20	11.55	3.74	48.11	Mide
Spiritual	6-24	6-24	17.53	3.12	73.02	Moderate
Overall	6-12	31-106	62.56	11.38	52.13	Mide

Part 3 : Relationship Between Factors in Health Care Problems of Heroin Addicts (see table7)

Table 7 Factors Related to Problems of the Heroin Addicts

Variables	χ^2	df	P-value
Age	1.57	1	0.21
Education	0.02	1	0.89
Underlying disease	9.22	1	0.000***
Illness	0.75	1	0.39
Using other drugs together with heroin	5.18	1	0.02*
Marital status	0.55	1	0.46
Activity at free time/ when lonely	0.02	1	0.89
Activity within family member	4.27	1	0.04*
Person to consult within family	9.96	1	0.000***
Activity within friend at free time	0	1	0.97
Discuss problem with friend	0.19	1	0.66
Income	5.1	1	0.02*
Adequacy of income	1.9	1	0.17
Occupation	1.33	1	0.25
Ease in seeking care	1.13	1	0.29
Ease in buying drugs	10.77	1	0.00***

*p<.05,**p<.01,***p<.001

Discussion

1. Health Care Problems of the Heroin Addicts

It was found that health care problems of the heroin addicts as a whole were at mild levels. Most heroin addicts in the samples were grown up, single and living with their parents show they could consult with and get some supports. They also had a fair education enough income, could look after their health and access health care services.

Most heroin addicts were in good health and had never been hospitalized. They also received health care services from Health Care Centers of the government.

When considering each problem such as physiological, spiritual, socio-cultural and developmental, it was found that they were at mild level. Only spiritual problem was found at moderate to severe. For physiological problem, the most common trouble was constipation. The spiritual problems were inactiveness, boredom and easily disturbed. The socio-cultural problem found was the disbelief that the heroin addicts could give up taking the drugs any more. For the development problem, it was found that the heroin addicts had the feeling that they would not be able to perform efficient work and were likely to do more mistakes than usual. For the spiritual problem, it was found that the heroin addicts would lose their good chance and opportunity in life. Being heroin addicted, this would damage the family reputation and make them disappointed.

2. Factors Related to Health Care Problems of the Heroin Addicts

From the study it was found that the followings are the factors related to health care problems of the heroin addicts, underlying illnesses, using other drugs together with heroin, activities among family members, having consultable family members, income and ease in buying drugs. The health of the heroin addicts with underlying illnesses will deteriorate more than those without. Taking many kinds of drugs will cause much deterioration to health since the body has to suffer all effects of the drugs consumed. The heroin addicts when taking drugs will be about minded, loose control, feel happy, stay alone and have no health care interest. The heroin addicts living family supports will take more interest in their health care. The heroin addicts with high socio and economic status will be able to seek, and have a suitable access to health care. The heroin addicts having good income will have better self care than those with low income.

Recommendations

1. Most heroin addicts have their health care problems at zero to mild levels. Nurses and health personels should help those with zero problem by giving them education and advice while they are receiving treatments. For those addicts with mild

level of problem, they should be given a consultation in health care and have assistance among their friends.

2. The factor related to health care problem is the underlying illnesses. Those addicts consumed also other kinds of drugs, had bad family relationship and low income. They should receive more attention since they had more health care problem than the others. They should receive health check up regularly and be educated in self help care problems.

3. The heroin addicts having communicable diseases should receive a regular visit to their home in order to follow up the health if the heroin addicts and their families.

4. For the heroin addicts with spiritual problem at moderate level, they should receive help in self confidence promotion from health personels

5. The other factor related to health care problem to the consultancy and activity among the family members. There should be a 'Family Therapy' Which allows all family members to participate in solving health care problems with the addicts.

