

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นางสาวเรณู ขวัญยืน



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2559

Factors Related to Beliefs about Medicines among Monks with
Non-Communicable Diseases

Miss Renu Kwanyuen

An Independent Study in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ศึกษา นางสาวเรณู ขวัญยืน **รหัสนักศึกษา** 2565100233 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล
ปีการศึกษา 2559

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 370 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย ของยศพล เหลืองโสมนภา ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดของ ฮอร์นและคณะ วัดความเชื่อใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ มี 2 ด้านคือ 1) การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความกังวลจากการกินยา และกลุ่มที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป มี 2 ด้าน คือ 3) การใช้ยามากเกินไป และ 4) อันตรายจากการกินยา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.798 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 56.20 รองลงมาคือระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 43.80 2) ระดับการศึกษา และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในขณะที่ระยะเวลาอาพาธมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนอายุ จำนวนของยาที่ได้รับ และภูมิภาค ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P > 0.05$)

คำสำคัญ พระสงฆ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Independent Study Title: Factors Related to Beliefs about Medicines among Monks with Non-Communicable Diseases

Author: Miss Renu Kwanyuen; **ID:** 2565100233; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Independent Study advisor:** Dr. Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; **Academic year:** 2016

Abstract

This purposes of this descriptive study were: (1) to find the levels of beliefs about medicines and (2) to explore factors related to beliefs about medicines of monks with non-communication disease.

The sample comprised of 370 monks with diabetic insipidus and hypertension receiving outpatient services at the Priest Hospital. The research instrument was a questionnaire consisting two parts: 1) personal information and 2) Thai version of Beliefs about Medicines Questionnaire translated by Yosapon Leungsomnapa and this questionnaire was modified from Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) developed by Horn,et,al. The BMQ was distributed to 2 groups: group 1 responded to the specific beliefs about medicines questionnaire (BMQ-Specific) including two factors: 1) specific – necessity and 2) specific – concern, group 2 responded to the general beliefs about medicines questionnaire (BMQ-General) including two factors: 3) general-overuse and 4) general-harm. The questionnaire was 5-point-Likert scale. The reliability of part 2 was 0.798. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's correlation.

The results revealed as follows. (1) About fifty six percent (56.2%) of monks with non-communicable diseases rated their beliefs about medicines at the lowest level and 43.80% rated at the highest level. (2) Education levels and discomfort of medication consuming significantly positively related to the beliefs about medicines of the monks ($p < 0.05$). Duration of illness significantly negatively related beliefs about medicines of the monks ($p < 0.05$). Age, quantity of medication consuming, and domicile had no relationship with the beliefs about medicines of the monks ($p > 0.05$).

Keywords: Monks, Beliefs about medicines, Non-communication disease, DM, Hypertension

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้สละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่มีค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ ของงานวิจัย อีกทั้งเป็นผู้ที่คอยติดตาม ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และจะระลึกถึงพระคุณอาจารย์ตลอดไป

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคุลย์ ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบ การศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้และได้ให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัย ให้มีความกระจ่างในรายละเอียดของงานวิจัย ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์และมีคุณค่า ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ที่กรุณาให้ยืมใช้เครื่องมือในการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งยังให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแปลผลของเครื่องมือ ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุด เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักสูตรและเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือด้วยดีมาโดยตลอด

บุคคลที่กล่าวนามมาทั้งหมดนี้และที่มิได้กล่าวนามในที่นี้ ล้วนเป็นผู้ที่มีความสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ ที่ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และจะระลึกถึงเสมอ ในความมีน้ำใจของทุกท่าน ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เรณู ขวัญยืน

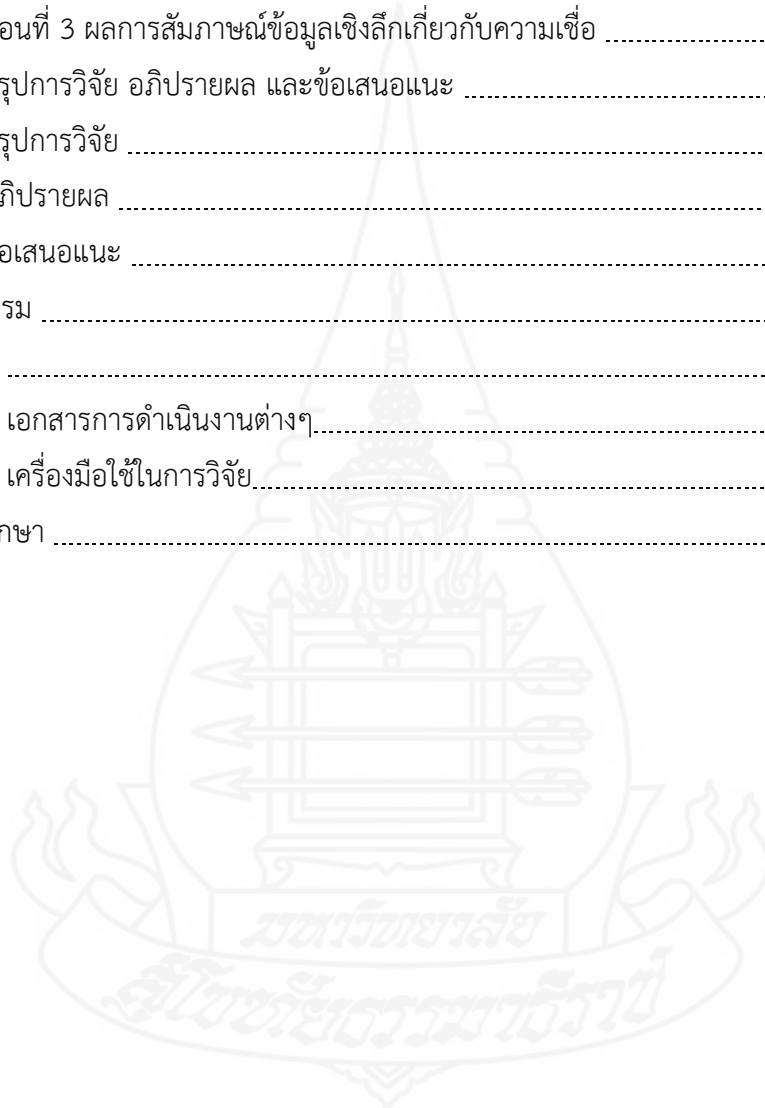
ตุลาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับพระสงฆ์	8
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	17
แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล	56

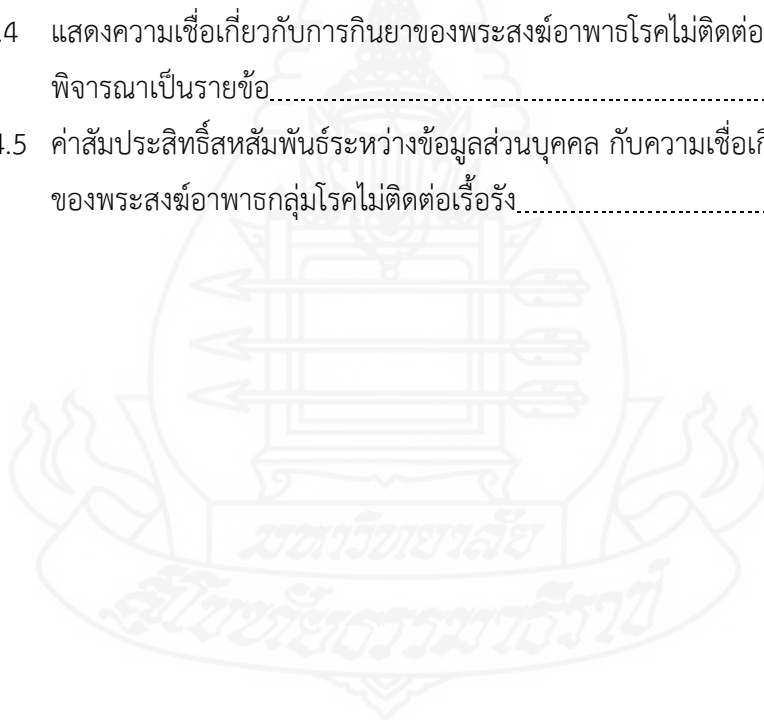
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 การบริหารยาตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง.....	58
ตอนที่ 3 ผลการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อ	61
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	62
สรุปการวิจัย	62
อภิปรายผล	65
ข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	78
ก เอกสารการดำเนินงานต่างๆ.....	79
ข เครื่องมือใช้ในการวิจัย.....	87
ประวัติผู้ศึกษา	91



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 10 อันดับโรคแรก	16
ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างโรคที่มีภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง	21
ตารางที่ 2.3 องค์ประกอบในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	30
ตารางที่ 2.4 องค์ประกอบของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	39
ตารางที่ 2.5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลต่างคะแนนกับมัธยฐาน	42
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	56
ตารางที่ 4.2 แสดงการจำแนกระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ	58
ตารางที่ 4.3 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พิจารณาเป็นรายด้าน.....	58
ตารางที่ 4.4 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พิจารณาเป็นรายข้อ.....	59
ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	61



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 The Chronic care Model	19
ภาพที่ 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	24
ภาพที่ 2.3 The parallel process model	38
ภาพที่ 2.4 การเชื่อมโยงการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาในกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย.....	41



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระพุทธศาสนาอยู่คู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่งการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ และยังมีบทบาทในการช่วยส่งเสริม ผลักดัน ให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนคนไทย จากบทบาทอันสำคัญเหล่านี้ทำให้พระสงฆ์กับประชาชนคนไทยเป็นเหมือนหนึ่งเดียวกันที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันมานับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันหลักที่รัฐบาลจัดสร้างขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2484 เพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่พระภิกษุ สามเณรอาพาธทั่วประเทศ

จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 90,250 รูป ของโรงพยาบาลสงฆ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 (กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์, 2551) พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 30.57 โดยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 4.5 สูบบุหรี่ร้อยละ 41.3 ออกกำลังกายเฉลี่ยร้อยละ 43.1 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2559) ซึ่งตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 94,928 รูป จาก 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าพระสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 17.6 โดยมีประวัติเป็นเบาหวานร้อยละ 5.23 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.01 สูบบุหรี่ร้อยละ 40 และจากการตรวจสุขภาพพระสงฆ์-สามเณร จาก 28 วัด ในกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2549 จำนวน 1,122 รูป โดยโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ พบว่า มีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคตา ร้อยละ 11.4 โรคภูมิแพ้ร้อยละ 11 โรคกระดูกและข้อ และโรค หู คอ จมูก ร้อยละ 6.4 เท่ากัน โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.8 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 4.3 โรคเบาหวานร้อยละ 4.2 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 13.8

จากที่ได้นำเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญในพระสงฆ์ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ คือ ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ควบคุมไปกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับอาการของโรคไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรง และป้องกันการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ในการบำบัดรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยาเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดที่ใช้ในการจัดการและควบคุมโรค การรักษาจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ดังที่ Redman (2013) ได้กล่าวถึงเป้าหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไว้ในจรรยาบรรณทางการพยาบาล ขั้นสูงในการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง ว่ามีเป้าหมายที่การพัฒนาความสามารถและการบริหารจัดการความร่วมมือของบุคคลและความร่วมมือทางการแพทย์เพื่อควบคุมอาการของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ปัจจัยด้านความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา และการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ (Kucukarslan, 2012) โดย การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Rujisatian, 2009) นอกจากนี้ เลเวนทาล์ ดีเฟินบาช และเลเวนทาล์ (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) อธิบายว่าพฤติกรรมปรับตัวต่อความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perceptions) ของบุคคลนอกเหนือจากการรับรู้ความเจ็บป่วยแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาถือเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยาเช่นกัน (Horne et al., 1997) และ ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ (2556) ได้ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือ ในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูง ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาระดับมาก ส่วนเรื่องของความเชื่อด้านความกังวลใจจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และอันตรายจากการกินยาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการกินยา

การสร้างความร่วมมือในการกินยาให้แก่ผู้ป่วยนั้น บุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำได้โดยการให้คำแนะนำทั้งในเรื่องโรค และการใช้ยา การปรับความเชื่อ การวางแผนการรักษาให้เหมาะสม ตลอดจนเน้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่นที่ พิณทิรา ต้นเถียร (2552) ได้ศึกษาอุปนิสัยการใช้ยาเองในคนไทย พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และเกินความจำเป็น โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ และยาที่ใช้ประจำ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาบำรุงร่างกาย ยานอนหลับ ยาแก้ไอ และยาลดความอ้วน ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาเกินของคนไทย ส่วนใหญ่นิยมซื้อ

จากร้านขายยาทั่วไป ส่วนของความเชื่อเรื่องการใช้ยา พบว่า คนไทยมีความเชื่อว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ จะช่วยลดไข้ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานบางคนมีความคิดว่ากินยาป้องกันไว้ก่อนป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศพล เหลืองโสมนภา ปาลีรัฐณู ฐาสิริสวัสดิ์ และ ลลิตา เดชาวุธ (2557) เรื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา โดยใช้แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของ Horne และสร้างแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบ่ง 2 กลุ่ม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความร่วมมือในการกินยามีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ด้านความกังวลจากการกินยา มีผลต่อความร่วมมือในการกินยา

นอกจากความเชื่อการกินยาแล้วการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความแตกต่างในวัฒนธรรมและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นผู้สูงอายุ หรือความจำเป็นของข้อปฏิบัติทางศาสนา เช่น ศาสนาพุทธผู้ถือศีลจะละเว้นอาหารมื้อเย็นหรือบางท่านอาจฉันอาหารเพียงมื้อเดียวต่อวัน และศาสนาอิสลามถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างมาก บุคลากรทางสาธารณสุขจึงต้องมีการคำนึงถึงภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้โดยมีการปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมแต่ละบุคคล ได้แก่ การปรับเวลา ขนาดการรับประทานยาให้เหมาะสมกับข้อปฏิบัติ ความเชื่อของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของบุคคล บางรายอาจมีการใช้ยาอื่นๆ เช่น สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งหลายชนิดอาจจะไปเสริมฤทธิ์ทำให้ผลของยาที่แพทย์จะจ่ายให้มีฤทธิ์มากขึ้น และอาจเกิดอันตรายได้ (วิรัตน์ ทองรอด, 2550) และจากการศึกษาของทีมงานวิชาการสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์ และสาธารณสุข (2558) เรื่องแนวทางการบริหารยาในช่วงเดือนรอมฎอน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่ำ ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปลอดภัยได้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถือศีลอด ในเดือนรอมฎอน และมีผู้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Rujisatian, 2009) นอกจากนี้เลเวนทาล ดีเฟินบาช และเลเวนทาล (Leventhal, Diefenbach. & Leventhal, 1992) ได้พัฒนาแบบจำลองสามัญสำนึกในการควบคุมตนเอง โดยอธิบายว่าพฤติกรรมปรับตัวต่อความเจ็บป่วยขึ้น อยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perceptions) ของบุคคล นอกเหนือจากการรับรู้ความเจ็บป่วยแล้วความเชื่อเกี่ยวกับยา ถือเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาเช่นกัน (Horne et al., 1997)

จะเห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันที่สำคัญต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ คือ โรคเรื้อรังเป็น จากสถิติโรงพยาบาลสงฆ์ (2557) การจัดลำดับโรคที่การเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลสงฆ์ ปีที่ 2554 – 2556 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง สิ่งที่มีความสำคัญต่อผลการดูแลสุขภาพในโรคเรื้อรัง เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการกินยาในระยะเวลาอันนาน และการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากมีความร่วมมือในการดูแลสุขภาพที่ดีจะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หากมีการดูแลสุขภาพไม่ดี ความร่วมมือในการกินยามีน้อยส่วนใหญ่มามากมาจากความเชื่อเรื่องการกินยา เพื่อสร้างความร่วมมือในการกินยาส่งผลต่อภาวะการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะมีการกินยาจำนวนหลายชนิดทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และเป็นกลุ่มโรคที่มียาที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ด้วยหากผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และจากการศึกษาของ สุจิตรา ชันติยานันท์และคณะ (2553) คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาหารโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีเพียงพระสงฆ์ในวัดเป็นผู้ดูแลเมื่ออาหาร โดยมักจะอยู่เพียงลำพังในกุฏิและจะมีผู้มาดูแลเป็นครั้งคราว ตามพระวินัยของพระสงฆ์

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า พระสงฆ์ที่มีปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การควบคุมอาการของโรคที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นอันตรายก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากพระสงฆ์อาหารโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการรักษาใช้เวลานานต่อเนื่อง จำนวนยามีหลายชนิด และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การควบคุมดูแลให้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์ การสร้างความร่วมมือในการกินยาจำเป็นที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องทราบถึงพื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของบุคคล โดยเฉพาะพระสงฆ์ซึ่งมีข้อจำกัดและวัตรปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยมีความสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหารกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผน และกำหนดวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์อาหารโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

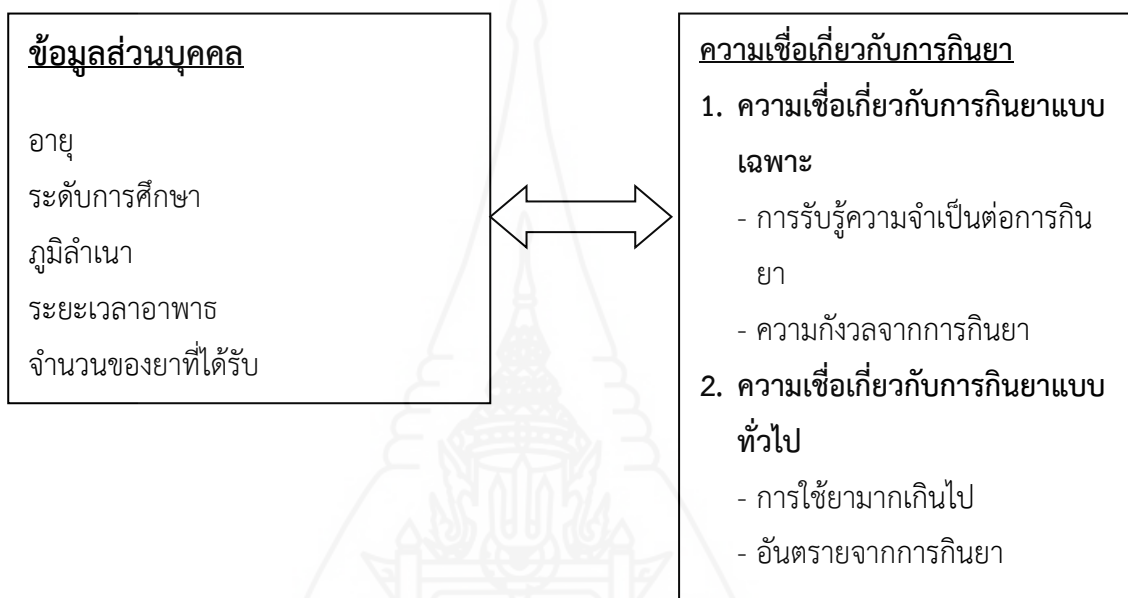
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหารกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหาร กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ระยะเวลาอาหาร จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



4. สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาหาร จำนวนยาที่ฉัน และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และความเครียด ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ทันทีที่ต้องมีการรักษาติดต่อกันในระยะเวลาอันยาวนาน ต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญในพระสงฆ์ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาจากทีมสุขภาพ และผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการกินยาอย่างต่อเนื่อง

6.2 ความเชื่อการกินยา หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของการกินยา (Specific-necessity) ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลจากการกินยา (Specific-concern) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยามากเกินไป (General – overuse) และความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายจากการกิน (General – harm) ตามแนวคิดของฮอร์น และคณะ (Horne et al., 1997)

6.1.1 ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับกินยาลับฉบับภาษาไทย ของ ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พรหมเพราะ และรุ่งนภา เขียวช่อ (2557) ได้วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลับฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถามต้นฉบับของฮอร์น โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเบาหวาน จำนวน 500 ราย พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความกังวลจากการกินยา 3) การใช้ยามากเกินไป และ 4) อันตรายจากการกินยา สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในประเทศไทยได้ต่อไป

6.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป จำแนกออกได้ดังนี้

1) การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific – Necessity) คือ การรับรู้ที่ส่งผลต่อสุขภาพของโรคที่เป็นอยู่ของตนเอง

2) ความกังวลจากการกินยา (Specific – Concern) คือ เป็นความกังวลใจที่ต้องกินยาทั้งผลข้างเคียงของยาการใช้ยาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

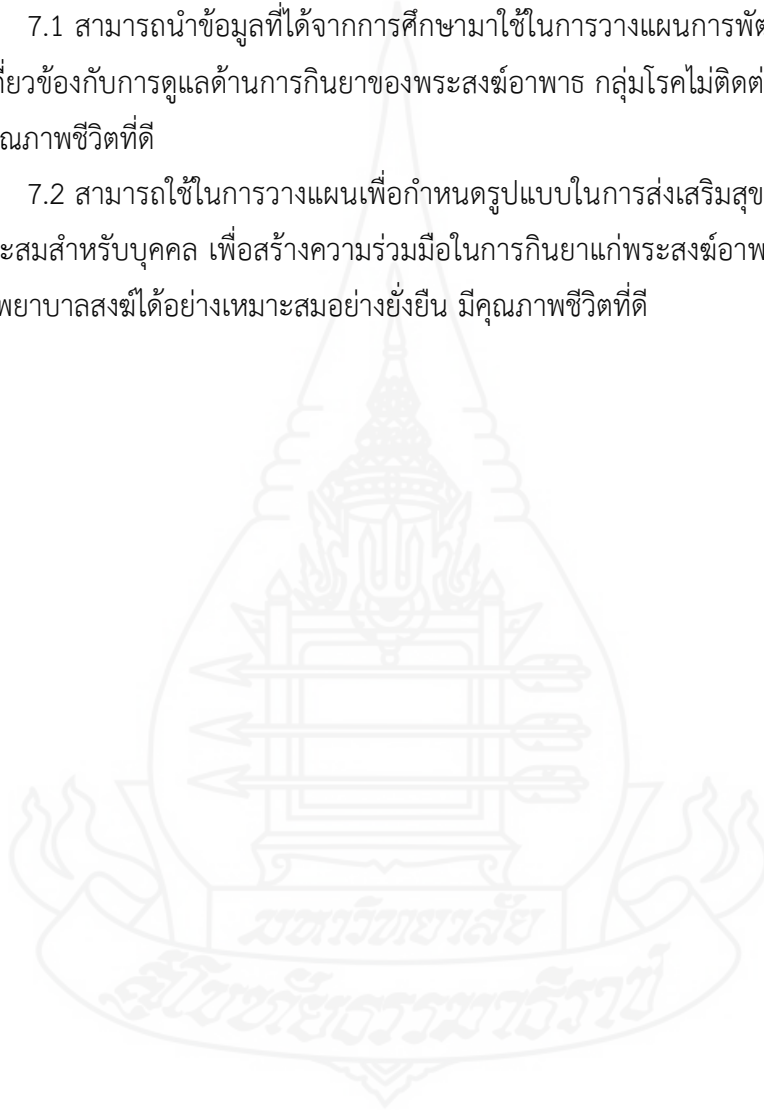
3) การใช้ยามากเกินไป (General – overuse) คือ ความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการสั่งยาของแพทย์

4) อันตรายจากการกิน (General – harm) คือ ผลเสียที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นผลเสียของยาและการหยุดยาเองบ้างเป็นบางครั้ง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

7.2 สามารถใช้ในการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสำหรับบุคคล เพื่อสร้างความร่วมมือในการกินยาแก่พระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ได้อย่างเหมาะสมอย่างยั่งยืน มีคุณภาพชีวิตที่ดี



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การบริหารยาตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. พระสงฆ์และภาวะสุขภาพของพระสงฆ์
2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พระสงฆ์และภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

1.1 หน้าที่ของพระสงฆ์

พระสงฆ์มีหน้าที่หลายอย่าง โดยแบ่งเป็นหน้าที่หลัก และหน้าที่รองของพระสงฆ์ จะต้องทำกิจนี้ไม่อาจเลี่ยงได้ และในส่วนของประเพณีในส่วนที่เรียกว่า “พรหมจรรย์” จะไม่ละเลย และในการจะปฏิบัติกิจใด ๆ โดยประเพณีให้เป็นไปตามพุทธบัญญัติและต้องประเพณีให้เป็นไปตามพระธรรมวินัย ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่หลักของพระสงฆ์ คือ การสืบทอดพุทธศาสนา เพราะพระธรรมวินัยนี้เป็นหน้าที่หลักการของพระพุทธรศาสนาทั้งหมด จึงถือได้ว่าการปฏิบัติตามพระธรรมวินัยเป็นหน้าที่แรกของสงฆ์ในพระพุทธศาสนา และเป็นหลักข้อกำกับควบคุมการกระทำหน้าที่อื่น ๆ ของพระสงฆ์ ส่วนหน้าที่รองจะได้แก่การประกอบพิธีกรรมสำหรับชาวพุทธ ได้แก่ งานทำบุญต่างๆ หน้าที่หลักที่สำคัญนั้นมี 4 ประการ ได้แก่ (พระภริพัฒน์ หอมแก้ว, 2557)

1. หน้าที่ในการศึกษาธรรม
2. หน้าที่ในการปฏิบัติธรรม
3. หน้าที่ในการเผยแผ่ธรรม
4. หน้าที่ในการรักษาธรรม

เมื่อพระสงฆ์บวชเข้ามาอยู่ในพระพุทธศาสนา มีหน้าที่ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และมีหน้าที่การปฏิบัติหน้าที่ของพระสงฆ์ การรับผิดชอบตนเองเป็นหน้าที่หนึ่งดังที่ อมร โสภณ วิเศษฐัฐวงศ์ และกวี อิศริวรรณ (2556, อ้างถึงในศนิกานต์ ศรีมณี) กล่าวว่า พระภิกษุ

หรือพระสงฆ์ เมื่อบวชเข้ามาในพระพุทธศาสนาแล้ว จะมีหน้าที่ในการปฏิบัติ 2 อย่าง คือ หน้าที่ทางพระธรรมวินัยและหน้าที่ต่อสังคม ซึ่งในการศึกษาปฏิบัติหน้าที่ของพระสงฆ์ กล่าวได้ว่า ในพระพุทธศาสนาพระสงฆ์ทุกรูป ถือเป็นภุมมะภินิหารที่พระพุทธรูปเจ้าทรงบัญญัติขึ้น เพื่อให้พระสงฆ์อยู่ร่วมกันอย่างสงบจะต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัยในพระพุทธศาสนา เพราะจะไม่สร้างความเสื่อมเสียให้แก่พระพุทธศาสนา

1.1.1 หน้าที่โดยพระธรรมวินัย

หน้าที่โดยพระธรรมวินัย หมายถึง หน้าที่ที่พระธรรมวินัยบัญญัติไว้โดยตรง รวมทั้งหน้าที่ที่คณะสงฆ์กำหนดให้ปฏิบัติ พระธรรมวินัยบัญญัติ ซึ่งมีกล่าวถึงวินัยของสงฆ์ไว้มากมาย ในสมัยพุทธกาลพระสงฆ์จะต้องมีกิจวัตร ซึ่ง กิจ คือ สิ่งที่ต้องทำวัตร คือ สิ่งที่ต้องทำ ดังต่อไปนี้ (พระภิกษุพัฒน หอมแก้ว, 2557)

1) รักษาศีลให้บริสุทธิ์ ศีลที่ต้องรักษาให้บริสุทธิ์นี้ คือ จาตุปาริสុทธิศีล ได้แก่ ความสำรวมในพุทธบัญญัติ ความสำรวมในอินทริย์ ความบริสุทธิ์ในอาชีพ และการดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปัจจัย 4

2) ทำกิจวัตรต่าง ๆ ให้ครบถ้วน กิจวัตร คือ ข้อปฏิบัติที่ต้องทำเป็นประจำ เช่น การบิณฑบาตการทำวัตร เช้า - เย็น การรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่ม และเสนาสนะ การทำความสะอาดลานวัด การศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น

3) ศึกษาไตรสิกขา ไตรสิกขา ได้แก่ สीलสิกขา จิตตสิกขาและปัญญาสิกขา

4) บริหารคณะสงฆ์ตามตำแหน่งหน้าที่

5) เผยแผ่พระพุทธศาสนาให้กว้างขวางออกไป การเผยแผ่กระทำได้ที่ทั้งภายในวัด และภายนอกวัด

6) ปฏิสังขรณ์เสนาสนะ และปูชนียสถานภายในวัด

7) สืบต่อพระพุทธศาสนาโดยการครองสมณเพศตลอดชีวิตหรือครองอยู่หลายพรรษา ก่อน ลาสิกขา พร้อมทั้งรับกุลบุตรผู้เลื่อมใสศรัทธาเข้ามาบรรพชาอุปสมบทหรือจัดให้มีการบรรพชาอุปสมบทในโอกาสอันสมควร

1.1.2 หน้าที่ต่อสังคม

พระสงฆ์เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญ มุ่งตอบสนองต่อประโยชน์ของสังคม คนทุกกลุ่มจะได้รับโอกาสให้ฝึกฝน พัฒนาตนเอง และนำหลักธรรมมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิต (พระภิกษุพัฒน หอมแก้ว, 2557)

1) เทศนา อบรม สั่งสอน ให้ประชาชนในสังคมมีคุณธรรม รู้จักนำเอาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้ประชาชนดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นต้น

2) จัดให้มีการอบรมสมาชิก ทั้งสมณภวาวนาและวิปัสสนาภวาวนา แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความสงบทางใจ มีปัญญาพิจารณา

3) อุปถัมภ์บำรุงโรงเรียน

4) นำประชาชนประกอบพิธีในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา

5) อนุรักษ์ศิลปวัตถุ ปูนียวัตถุ และปูชนียสถาน

6) แนะนำส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาท้องถิ่น และรักษาสิ่งแวดล้อม

7) แนะนำส่งเสริมประชาชนให้รักษาป่า และสงวนพันธุ์สัตว์ป่า

วัตรปฏิบัติของพระสงฆ์แต่ละวันภายในวัด ซึ่งจะมีบทบัญญัติที่กำหนดไว้เป็นแนวทางเดียวกันทุกวัด ดังนี้

เวลา	04.00 น.	ตีระฆังปลุก
เวลา	04.30 น. – 05.00 น.	ทำวัตรสวดมนต์เช้า
เวลา	06.00 น.	ออกบิณฑบาต
เวลา	07.30 น.	ฉันภัตตาหารเช้าร่วมกัน
เวลา	08.30 น. – 10.30 น.	เรียนนิกกรรมหรือบาลี
เวลา	11.00 น.	ฉันภัตตาหารเพลร่วมกัน
เวลา	13.00 น. – 16.00 น.	เรียนนิกกรรมหรือบาลี
เวลา	16.00 น. – 18.00 น.	กิจกรรมพัฒนาวัด
เวลา	18.00 น. – 20.00 น.	ทำวัตรสวดมนต์ เย็น – ฟังโอวาท - บำเพ็ญสมาธิภาวนา
เวลา	20.00 น.	เลิกประชุมแยกย้ายกันพักผ่อน

1.2 แนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุขภาพในพระพุทธศาสนา

ในพระพุทธศาสนาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพเป็นกระบวนทัศน์ที่มีพื้นฐานความเข้าใจโลก ชีวิต และสรรพสิ่งแบบพุทธ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดคุณค่า และความหมายของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา การป้องกันโรค และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับชีวิต และสุขภาพ ในอดีตพระสัมมาสัมพุทธเจ้าให้ความสำคัญมากกับชีวิตและร่างกาย ทั้งในส่วนของ การปฏิบัติส่วนบุคคล ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย ด้านต่างๆ ได้แก่ การไว้ผม การไว้เล็บและการตัดเล็บ การขบถ่าย อูจจาระ การใช้ไม้ชำระฟัน การฉันอาหารหรือดื่มในเรือ่งการใช้ภาชนะร่วมกัน การสวมรองเท้า เป็นต้น การฉันอาหาร การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดินจงกรมที่ช่วยให้ร่างกายมีอาหารน้อย การดูแลสุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข เช่นการสอนให้พระภิกษุช่วยรักษาพยาบาลกันและกันเวลาเจ็บไข้ การให้ความเชื่อถือซึ่งกันและกัน เพื่อความสามัคคีแห่งสงฆ์ (วิจิต เปานิล, 2546: 204-205) นอกจากนี้การดูแลสุขภาพในพระไตรปิฎก ยังได้แบ่งเรื่อง

การดูแลสุขภาพไว้ 2 ส่วน คือ การดูแลสุขภาพร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิตใจ การดูแลสุขภาพร่างกายนั้นคือให้มีร่างกายที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย ส่วนที่มีภาวะจิตใจดี คือ การที่มีจิตใจผ่องใสอยู่เสมอ (พระปิยธัมโม, 2553)

1.2.1 การจัดการด้านสุขภาพในพระพุทธศาสนา

หลักคำสอนในทางพุทธศาสนาว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” พระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี หมายถึง ความมีโรคน้อย เนื่องจากมองว่าความเจ็บไข้เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ให้มีการดำเนินชีวิตอย่างประมาท กล่าวคือดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ปล่อยปละละเลย ดังที่พระองค์ตรัสว่า ความประมาทเป็นทางแห่งความตาย ความไม่ประมาทเป็นทางแห่งความไม่ตาย ในแง่มุมสุขภาพสามารถอธิบายให้ชัดเจนได้ว่า ถ้าดำรงชีวิตอย่างไม่ประมาทจะไม่ตายก่อนเวลาอันสมควร เรื่องของอุบัติเหตุและโรคร้ายไข้เจ็บหลายๆ เรื่อง มีสาเหตุมาจากการดำรงชีวิตอย่างประมาท ขาดสติ ขาดความยั้งคิดใคร่ครวญ สุดท้ายลงเอยกลับมาทำลายสุขภาพ เช่น การกิน การดื่ม ถ้ากินหรือดื่มอย่างขาดสติ แต่ทำไปเพื่อตอบสนองกิเลสความอยากของตน ก็ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมถึงตายได้ หากมองจากมุมมองของพระพุทธศาสนาจะพบว่า โรคร้ายไข้เจ็บหลายชนิด ป้องกันได้ด้วยการเจริญสติ และดำรงชีวิตอย่างมีสติ หรือพูดโดยรวมว่าการปฏิบัติธรรมอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องสามารถป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บ และอุบัติเหตุอุบัติเหตุ อันเป็นสาเหตุทำลายสุขภาพได้หลายชนิด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การปฏิบัติธรรมเพื่อความสมบูรณ์ของสุขภาพทั้งร่างกายและจิต กระทำได้กับทุกคน ทุกเวลา ทุกสถานที่ (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543)

1.2.2 การปฏิบัติตนด้านสุขภาพตามหลักการของพระพุทธศาสนา

ตามหลักของพระพุทธศาสนาจะให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงทั้งสองส่วนอย่างสมดุลเสมอคือ นามกับรูป หรือกายกับจิต ไม่เน้นส่วนใดส่วนหนึ่งหรือแยกส่วนไปอย่างเดี่ยวๆ เพราะทางพุทธศาสนามองว่ากายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน ถ้าแยกกายกับจิตออกจากกัน สุขภาพของมนุษย์ก็จะอยู่ในสภาพครึ่งๆ กลางๆ ไม่สมบูรณ์แท้ ดังเช่นกรณีที่พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงบำเพ็ญทุกขกิริยาทรมานร่างกายนั้น เมื่อกายเครียด ก็จะทำให้จิตใจไม่เป็นสมาธิไปด้วย แสดงให้เห็นว่าสภาพกายที่มีผลต่อสภาพจิตใจ ในรูปแบบการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธธรรม เน้นการดำเนินชีวิตที่เรียบง่ายท่ามกลางสิ่งแวดล้อมอันบริสุทธิ์สงบ อันเป็นเหตุให้ได้รับประทานอาหารที่บริสุทธิ์ ดื่มน้ำที่บริสุทธิ์ หายใจได้อากาศที่บริสุทธิ์ จิตใจได้รับอารมณ์ที่บริสุทธิ์ ช่วยให้ชีวิตบริสุทธิ์มีโรคร้ายไข้เจ็บน้อย ร่างกายกระปรี้กระเปร่าอยู่เป็นสุขสำราญสิ่งที่พระสัมมาสัมพุทธเจ้าเน้นย้ำเป็นอย่างยิ่งว่า เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตอย่างมีความสุขก็คือ การดำเนินชีวิตด้วยการมีสติสัมปชัญญะ (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543, พระมหาธานี นันทวิสาร, 2540) การปฏิบัติตนด้านต่างๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎกพอสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกาย

พระสัมมาสัมพุทธเจ้าสอนให้รู้จักดูแลร่างกายอยู่เสมอ มีข้อวัตรปฏิบัติของพระภิกษุเพื่อให้เหมาะแก่การปฏิบัติธรรมในสังคัมสงฆ์ ดังนี้

(1) การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล พระพุทธศาสนาเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยมีการกล่าวไว้ ดังนี้

- ก. การไว้ผม ไม่ให้ไว้ผมยาว
- ข. การไว้เล็บและตัดเล็บ ห้ามพระภิกษุไว้เล็บยาว
- ค. การใช้ไม้ชำระฟัน เป็นตัวอย่างที่สอนให้พระภิกษุดูแลร่างกายอยู่เสมอเพื่อไม่ให้เกิดหรืออาพาธ
- ง. การไม่ใช้ของร่วมกันกับผู้อื่น
- จ. กรณีพระภิกษุเท้าแตกอนุญาตให้สวมรองเท้าหลายชั้นที่ใช้แล้วรวมทั้งการอนุญาตให้ภิกษุทั่วไปสวมรองเท้าในอารามได้ ยกเว้นขณะเดินจงกรม
- ฉ. ห้ามพระภิกษุเท้าเปื้อน ไม่ล้างเท้า เท้าเปียก หรือสวมรองเท้าเหยียบเสนาสนะ
- ช. การถ่ายอุจจาระ หลังจากถ่ายอุจจาระแล้วต้องล้างทำความสะอาดทุกครั้ง
- ซ. พระภิกษุสามารถอาบน้ำได้ตลอดเวลา
- ฌ. พระภิกษุที่ทุพพลภาพเพราะชรา เมื่อสงฆ์ไม่สามารถจะอุกกายได้ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้เกลิยวุกกายได้ และกรณีที่พระภิกษุอาพาธต้องยาทาในที่ลับ อนุญาตให้โกนขนได้

(2) การฉันอาหาร

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนานั้นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติเพื่อไปหาจุดมุ่งหมายหนึ่งในทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า ความหลุดพ้นจากทุกข์และเพื่อชีวิตที่ดีงาม การบริโภคอาหารของพระภิกษุ ในทางพระพุทธศาสนานั้นเรียกว่า “การฉัน” ซึ่งเป็นศัพท์เฉพาะที่ใช้ในกลุ่มพระสงฆ์สามเณร การบริโภคหรือการฉันของพระภิกษุในทางพระพุทธศาสนา มีข้อวัตรปฏิบัติเหมือนพระพุทเจ้า ซึ่งพระพุทเจ้าตรัสไว้เป็นข้อบัญญัติให้แก่พระภิกษุในเรื่องการฉันอาหาร ดังนี้

อาหารที่ทรงอนุญาต อาหารทุกชนิดที่ทรงอนุญาตนั้น ทรงอนุญาตให้ฉันได้ก็จริง แต่เป็นการอนุญาตที่มีเงื่อนไข คือจะต้องฉันภายในเวลาที่กำหนด แม้ในพระไตรปิฎกและอรรถกถา เมื่อกล่าวถึงชนิดอาหารที่ฉันหรืออาหารที่มีคนนำมาถวายจะกล่าวรวม ๆ ว่าเป็นของควรเคี้ยว (ขาหนียะ) ของควรฉัน (โภชนียะ) ไม่ระบุแน่ชัดไปว่าชนิดไหนก็ตาม แต่ก็หมายถึงอาหารที่ทรงอนุญาตไว้ว่าควรฉันได้ หรือที่เรียกว่า “ของฉัน” ได้แก่ โภชนะ 5 ชนิด ดังนี้

ก. ข้าวสุก ได้แก่ ธัญชาติทุกชนิดที่หุงสุกแล้ว เช่นข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวฟ่าง เป็นต้น

ข. กุมมาส ได้แก่ ขนมสดชนิดต่างๆ ที่จะบูดได้เมื่อเลยเวลาอันสมควร เช่น ขนมตาล ขนมเปียกปูน เป็นต้น

ค. สัตตุ ได้แก่ ขนมห้างชนิดต่างๆ ที่ไม่บูด เช่น ขนมคูกี้ หรือขนมปังกรอบ เป็นต้น

ง. ปลา ได้รวมเอาสัตว์น้ำชนิดอื่นที่ใช้เป็นอาหารเข้าไว้ด้วย

จ. เนื้อ ได้แก่ เนื้อของสัตว์บกและนกบางชนิดที่ใช้เป็นอาหาร

ส่วนผลไม้ชนิดต่างๆ และพืชผักทั้งที่มีเหง้า และไม่มีเหง้า เช่น ผือกมัน เป็นต้น ของขบเคี้ยวไม่นับเข้าเป็นโภชนะแต่ก็จัดเป็นอาหารเหมือนกัน เหล่านี้พระภิกษุสามารถฉันได้ แต่ต้องฉันภายในเวลาที่กำหนดให้เท่านั้น คือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน หรือฉันได้เพียงมือเช้า กับมือกลางวัน ถ้าภิกษุใด ฉันของเคี้ยว ของฉันที่เป็นอาหารในเวลาวิกาล คือตั้งแต่เที่ยงไปแล้ว จนถึงวันใหม่ ต้องอาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (พระไตรปิฎก, 2539: 169)

อาหารที่ขึ้นกับกาลนั้น เรียกว่า กาลิก คืออาหารที่อนุญาตให้พระภิกษุเก็บไว้ฉันและฉันได้ในเวลาที่กำหนดมี 3 อย่าง คือ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554, 2556)

ก. ยาวกาลิก คือ ของที่เก็บไว้ฉันได้ชั่วคราวตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน ได้แก่ ข้าว ปลา อาหารและผลไม้ที่รับประทานได้ และเคี้ยวกินได้ในที่จำกัดเวลา คือ ช่วงเวลาเช้า ถึงเที่ยงวัน เช่น ข้าวสุก แกง กับข้าว เป็นต้น

ข. ยามกาลิก คือ ของที่เก็บไว้ฉันได้ชั่วคราวเพียงวันหนึ่ง กับคืนหนึ่ง ได้แก่ อาหารชนิดที่รับประทาน และสามารถเก็บไว้ฉันได้ชั่วยาม คือ หนึ่งวันกับคืนหนึ่งก่อนอรุณของวันใหม่ เช่น น้ำผลไม้ 8 อย่าง อัญชันปานะ ได้แก่ น้ำมะม่วง น้ำชมพูหรือน้ำหว่า น้ำกล้วยมีเม็ด น้ำกล้วยไม่มีเม็ด น้ำมะขาง น้ำลูกจันทร์หรือน้ำองุ่น น้ำเงาะอบล น้ำมะพร้าวหรือลิ้นจี่ ที่ทรงอนุญาตไว้หรือที่เรียกว่า น้ำอัฐบาน

ค. สัตตทากาลิก คือ ของที่เก็บไว้ฉันได้ชั่วคราวเพียง 7 วัน ได้แก่ เกสรทั้ง 5 อาหารที่รับประทานและสามารถเก็บไว้ฉันได้ภายใน 7 วัน เช่น เกสรทั้ง 5 คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย (พวกน้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำตาลปึก ก็สงเคราะห์ให้น้ำอ้อยด้วย)

นอกจากนี้ยังมีอยู่ในบทบัญญัติเกี่ยวกับของถวายพระภิกษุอีกชนิดหนึ่ง คือ

ง. ยาวชีวิก คือ ของที่พระสงฆ์เก็บไว้ฉันได้เสมอไปไม่มีจำกัดกาล, ตามวินัยบัญญัติ ได้แก่ ของที่ใช้ประกอบเป็นยาสงเคราะห์เข้าในคิลานปัจฉัย ได้แก่ ปัจฉัยสำหรับคนไข้

วัตถุเป็นเครื่องอาศัยของผู้เจ็บไข้ รับประทานแล้วสามารถเก็บไว้ฉันได้ตลอดชีวิต เช่น ยารักษาโรคต่างๆ ทั้งแผนโบราณ และแผนปัจจุบัน

กาลิกทั้ง 4 นี้ถ้าปนกันจะนับอายุตามกำหนดเวลาของกาลิกที่มีอายุสั้น เช่น น้ำอัฐูปานะ ระคนกับอาหารก็ฉันได้เพียงเข้าถึงเที่ยงวัน น้ำผึ้งระคนกับน้ำอัฐูปานะ จะฉันได้เพียงวันคืนหนึ่งภายในก่อนอรุณขึ้น หรือยารักษาโรคระคนกับน้ำผึ้ง น้ำอ้อยก็เก็บไว้ฉันได้เพียง 7 วัน อย่างนี้ เป็นต้น สำหรับอาหารที่เป็นยาวกาลิก ทรงอนุญาตให้ฉันเพื่อบำบัดความหิว สืบต่อชีวิต เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ภิกษุฉันอาหารเกินเที่ยงวันไป ต้องอาบัติปาจิตตีย์ อาบัติปาจิตตีย์ หมายถึง การละเมิดอันยังกุศล ให้ตกไปถือเป็นโทษ ลิกขาบทที่ 3 ปัตตวรรค ในนิสสัคคิกกัณฑ์ (พระไตรปิฎก, 2539: 160) เพราะฉันอาหารในเวลาวิกาล น้ำอัฐูปานะ รวมทั้งน้ำผลไม้สังเคราะห์ ภิกษุฉันได้เพื่อแก้กระหาย และเพื่ออนุเคราะห์แก่ทายกผู้ปรารถนาจะทำทานในเวลาวิกาล อัฐูปานทาน สามารถถวายได้ทั้งกลางวันและกลางคืน สัตตทาหาลิก หรือที่เรียกว่า “เภสัช 5” จำพวก เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ภิกษุจะฉันได้ต่อเมื่ออาพาธเป็นโรคผอมเหลือง ฉันอาหารไม่ได้ หรืออ่อนเพลียไม่มีแรง ถ้าไม่มีเหตุดังกล่าวภิกษุฉันย่อมต้องอาบัติ ทุกกฎ ยารักษาโรคที่เป็นยาวชีวิตก็เช่นเดียวกันเมื่อมีเหตุป่วยไข้จึงฉันได้ ภิกษุใดไม่ได้เป็นผู้อาพาธ ขอบอาหารอันประณีต คือ ข้าวสุกผสม เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ปลา เนื้อ นมสด นมข้น ต่อกฤหัสถ์ที่ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่ปวารณา เอามาบริโภคต้องอาบัติ ลิกขาบทที่ 9 โภชนวรรค ในปาจิตตियกัณฑ์ (พระไตรปิฎก, 2539: 169)

พระพุทธเจ้าทรงให้พิจารณาก่อนการฉันอาหารทุกครั้ง หรือหลังจากการฉันแล้วโดยมีหลัก คือ การฉันนั้นจะต้องเป็นไปเพื่อการดำรงอยู่ได้ เพื่อระงับความหิว และเพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ไม่ใช่ฉันอาหารเพื่อความมัวเมา มุ่งหวังให้มีผิวพรรณสวยงาม หรือเพื่อให้ร่างกายอ้วนพี เพราะการฉันอาหารโดยพิจารณาคุณค่าที่แท้จริง คือเพื่อระงับความหิว นั้น จะปราศจากโทษ และทำให้สามารถมีชีวิตที่ผาสุกได้ การได้รับอาหารมาฉันสำหรับพระภิกษุนั้น จะต้องเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ พระภิกษุจะต้องเป็นผู้เลี้ยงง่าย เป็นผู้มستيในการฉันทุกครั้ง และต้องรู้คุณค่าแท้ของอาหารนั้นว่าฉันไปเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย ให้ดำเนินกิจกรรมไปได้ด้วยดีไม่เกิดสิ่งที่เป็นโทษกับตนเอง พระภิกษุมีข้อปฏิบัติในการฉันอาหาร คือ ไม่สามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเองได้ ไม่สามารถฉัน “ของฉัน” ในยามวิกาลได้ พระภิกษุนั้นต้องฝากท้องไว้กับผู้อื่น คือต้องอาศัยข้าวปลาอาหารที่ผู้อื่นถวายมาเลี้ยงชีวิต การเป็นอยู่ของพระภิกษุจึงเนื่องด้วยผู้อื่น ดังนั้นพระภิกษุจึงยังชีพอยู่ได้ด้วยสิ่งที่เขาถวายมาด้วยศรัทธา (พระไตรปิฎก, 2539: 169)

(3) การออกกำลังกาย

เนื่องจากพระภิกษุฉันอาหารประณีตจนร่างกายอ้วนและมีอาพาธมาก พระสัมมาสัมพุทธเจ้าจึงทรงอนุญาตที่จงกรม และเรื่อนไฟ สำหรับการออกกำลังกาย ซึ่งการเดินจงกรมเป็นการปฏิบัติทั้งเพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นการทำพระภิกษุเดินด้วยการกำหนดสติอยู่ที่การ

เดินทุกก้าว จะเดินเร็วหรือช้าไม่เป็นประมาณ สิ่งสำคัญอยู่ที่การเดินอย่างมีสติ โดยเดินไปมาในที่ที่ไม่ไกลนัก เป็นการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปตามธรรมชาติ ความอบอุ่นหรือความร้อนที่ได้จากการเดินจงกรมจึงเป็นความร้อนที่ออกมาอย่างสมดุล (พระมหาจรรยา สุทธิญาณ, 2543)

2) ด้านจิตใจ

ภาวะที่แท้จริงของจิตใจทางพระพุทธศาสนา ถือว่าจิตเดิมที่แท้จริงเป็นธรรมชาติ ผุดผ่องใส ไม่มีสิ่งใดทำให้จิตแท้ดั้งเดิมเปลี่ยนภาวะเป็นอย่างอื่นได้ แต่ความเศร้าหมองที่ปรากฏออกมาเป็นเพราะอุปกิเลสแห่งจิต ซึ่งหมายถึง กิเลสที่มาจากความโลภ โกรธ โมหะ (โลภะ โทสะ โมหะ) แล้วทำให้จิตเดิมที่บริสุทธิ์อยู่ต้องเศร้าหมอง ประกอบด้วยความโลภไม่สม่ำเสมอ คือ ความเพ่งเล็งอยากได้สิ่งของผู้อื่น (อภิขณวิสมโลภะ) ความคิดปองร้ายผู้อื่น (พยาบาท) ความโกรธ (โกธะ) ความผูกโกรธ (อุปนาหะ) ความลบหลู่คุณท่าน (มักขะ) ความตีเสมอ (ปฬาสะ) ความริษยา (อิสสา) ความตระหนี่ (มัจฉริยะ) มารยา (มายา) ความโอ้อวด (สาเยยะ) ความหัวดี (ถัมภะ) ความแข่งดี (สารัมภะ) ความถือตัว (มานะ) ความดูหมิ่นเขา (อติมานะ) ความมัวเมา (มทะ) และความประมาท (ปมาทะ)

3) ด้านสังคม

ความไว้วางใจ ความเชื่อถือซึ่งกันและกัน เพื่อความสามัคคีแห่งสงฆ์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งโทษของการด่าว่าให้ร้าย หรือทำความบาดหมาง ทะเลาะวิวาทในหมู่สงฆ์ด้วยกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพระภิกษุด้วยกัน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในสังคมย่อมมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตตั้งนั้นการที่พระภิกษุมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความสามัคคีปรองดองในหมู่สงฆ์ ไม่ทะเลาะวิวาท หรือประทุษร้ายต่อกัน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการใช้เวลาพบปะพูดคุย หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับสามเณร พระภิกษุ ศิษย์วัด ญาติโยมหรือพุทธศาสนิกชนทั่วไปที่มานมัสการกราบไหว้ ตลอดจนการมีบทบาทในโรงเรียนและชุมชน จะทำให้ได้ประโยชน์เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางด้านสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพหรือเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังรายงานสถิติโรคผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคแรก ของโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี โรงพยาบาลสงฆ์, 2554 – 2556) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 10 อันดับโรคแรก

ลำดับ	ชื่อกลุ่มโรค	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
		ปี 54	ปี 55	ปี 56	ปี 54	ปี 55	ปี 56
1	DISORDERS OF LIPOPROTEIN METABOLISM AND OTHER LIPIDAEMIAS ความผิดปกติของเมตะบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น	2,201	2,355	2,558			
2	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	1,694	1,871	1,998			
3	NON-INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	1,317	1,434	1,454	117	124	90
4	GONARTHRITIS [ARTHRITIS OF KNEE] ข้อเข่าเสื่อม	932	985	975			
5	SENILE CATARACT ต้อกระจกวัยชรา	1,012	1,092	1,037	538	518	463
6	GINGIVITIS AND PERIODONTAL DISEASES เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์	1,347	1,129				
7	SPONDYLOSIS กระดูกสันหลังเสื่อม	624	709	878			
8	OTHER CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบอื่น	494		469	133	154	131
9	GLAUCOMA ต้อหิน	492	501	559			
10	HYPERPLASIA OF PROSTATE การเจริญเกินของต่อมลูกหมาก	624	746	781			75

ที่มา: รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี โรงพยาบาลสงฆ์ ปี 2554 – 2556

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันพระพุทธศาสนาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพ และยังมีกำหนดไว้ในพระไตรปิฎกเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในพระพุทธศาสนาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยกำหนดไว้อยู่ในข้อปฏิบัติของพระสงฆ์ ได้แก่ การตัดผมตัดเล็บ การไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น รวมถึงกรณีอาพาธของพระสงฆ์ หลักในการฉันอาหารมีการกำหนดชนิดของอาหาร ที่ทรงอนุญาตให้ฉันได้ที่เรียกว่า “ของฉัน” และข้อกำหนดปฏิบัติของสงฆ์เพื่อเป็นการกำหนดให้มีการออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ได้แก่ การบิณฑบาต การเดินจงกรม แต่เนื่องจากสภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ข้อปฏิบัติของพระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สังคมเมืองและสังคมชนบท การบิณฑบาต ระยะทางในการเดินลดลง และจากการถวายอาหารของประชาชนเนื่องจากภาวะเร่งรีบของประชาชน จึงนิยมถวายอาหารจากการซื้อของที่ปรุงสำเร็จรูป ส่งผลให้พระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุซึ่งสืบเนื่องจากข้อปฏิบัติของพฤติกรรมบุคคล ได้แก่ การรับฉันอาหารของพระสงฆ์ การออกกำลังกาย ทำให้มีปัญหาสุขภาพจำนวนเพิ่มขึ้น

2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ในปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากการที่มีสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2552 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) กล่าวว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้น คือ พบมากในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรค NCDs จำนวน 14 ล้านคน และเสียชีวิต 73% ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด และได้มีผู้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ ดังนี้

2.1 ความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2560) กล่าวว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) เป็นโรคที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน ความก้าวหน้าของโรคจะช้า มี 4 โรคใหญ่ ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มโรคกลุ่มนี้สามารถป้องกันและควบคุมได้ถึงร้อยละ 80 ถ้ามีการดำเนินการในการกำหนดมาตรการการลดปัจจัยเสี่ยง ในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และอิทธิพลจากชุมชนภายนอก

Lubkin & Larsen (2013) ได้ให้ความหมาย โรคเรื้อรัง (Chronic disease) ไว้ว่าเป็นความบกพร่องที่มีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง และต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือทั้งด้วยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประคับประคอง และด้วยตนเอง เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2560) กล่าวว่า กลุ่มโรค NCDs (Non – Communicable diseases) เรียกว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึงกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมา

จากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก ได้แก่ ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม รสจัด และความเครียด

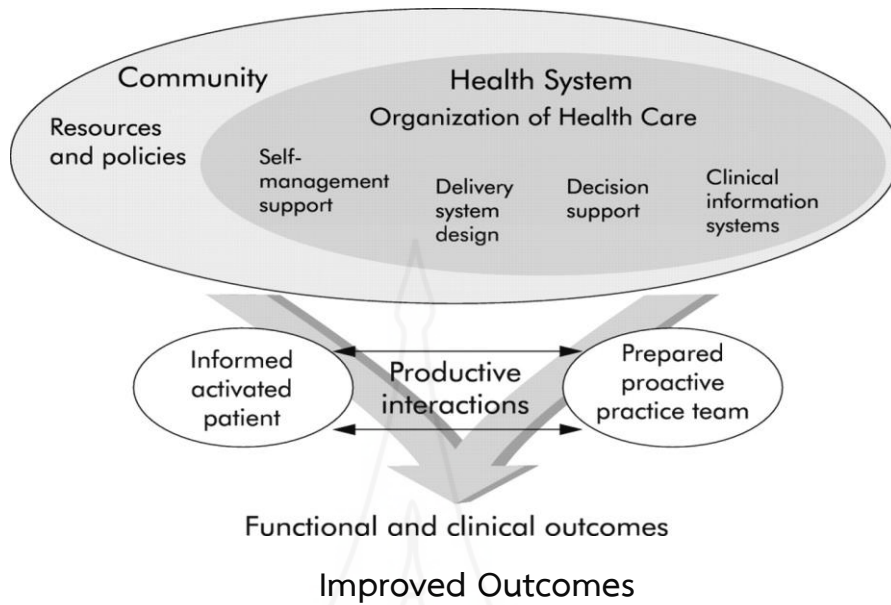
สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2559) ได้ให้ความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีระยะการแฝงตัวนานก่อนเกิดโรค และระยะเวลาการดำเนินโรครที่ยาวนาน ปัจจัยเสี่ยงมีทั้งแบบปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factor) ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด

เนติมา คูณีย์ และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases; NCD) หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาของโรคนานโดยทั่วไปมีการดำเนินโรคซ้ำ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2559) ได้ให้ความหมาย โรคเรื้อรัง คือ ภาวะความเจ็บป่วยที่กินเวลายาวนาน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันทีทันใด และยากที่จะรักษาให้หายได้อย่างสมบูรณ์ และได้จัดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และยักรวมถึงภาวะความเจ็บป่วยทางจิต และความเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ (2559) กล่าวว่า โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและก้าวหน้าอย่างช้าๆ ส่วนโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) คือ โรคที่ไม่ติดเชื้อสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวนานจากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสภาพตามแนวคิดของ Sharma (Sharma, 2013; World Health Organization, 2005)

วิสุทธิ บุญญะโสภิต, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และวิภาดา คุณาวิกติกุล (2556) กล่าวว่า “การเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ พยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการของแพทย์แต่ต้องการการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการ”



ภาพที่ 2.1 The Chronic care Model

ที่มา: The Chronic Care Model (Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice)

จากภาพที่ 2.1 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ของ Wagner (1998) เป็นการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเรื้อรัง โดยมีการบูรณาการทั้งส่วนที่ต้องดูแลทั้งหมด ได้แก่ ชุมชนที่รวมถึงนโยบาย และทรัพยากรในชุมชนทั้งสาธารณะ และเอกชน ส่วนที่ทับซ้อนกันอยู่ คือ ระบบสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพ มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทั้งหมดนี้มีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการที่ประสานดำเนินการอย่างครอบคลุมเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว การสนับสนุนในการตัดสินใจ และระบบข้อมูลทางคลินิก (สุนนี วัชรสินธุ์, 2559)

ผู้วิจัยสรุปความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ว่า เป็นโรคที่มีการแฝงตัวการก่อเกิดโรคระยะเวลานาน ไม่สามารถดูแลรักษาให้หายได้อย่างทันทีทันใดเมื่อเกิดขึ้นจะต้องใช้การดูแล รักษาเป็นระยะเวลานาน และต้องมีการควบคุมโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีทั้งแบบปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factor) ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic conditions) คือ เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด แม้ว่าอาการจะสงบไม่แสดงออกให้เห็น ซึ่งอาการจะมีหลายรูปแบบที่จะแสดงให้เห็น บางครั้งอาการอาจเกิดขึ้นที่ทันใด หรือค่อยๆ เป็น มีระยะที่เกิดอาการกำเริบของโรค และอาการทุเลาของโรค จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพของชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ Lubkin & Larsen (2013) ได้กล่าวถึงความหมาย และความแตกต่างของคำที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้กล่าวไว้ว่า “โรค” เป็นมุมมองจากความรู้ความเข้าใจด้านพยาธิสรีรภาพ ซึ่งในด้านการรักษาพยาบาลมีความสำคัญมาก ดังนั้น “ความเจ็บป่วย” เป็นมุมมองจากประสบการณ์ของผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งจะทำให้การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมีความยุ่งยากและลำบาก จากความหมายของคำที่กล่าวไว้ ดังนี้

2.1.1 ความแตกต่างระหว่าง “โรค” และ “ความเจ็บป่วย” ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ (Larsen, 2013)

1) *โรค (Disease)* หมายถึง พยาธิสรีรภาพของร่างกายก่อให้เกิดภาวะต่างๆ ขึ้นแก่ร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ เช่น การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจ

2) *ความเจ็บป่วย (Illness)* หมายถึง การที่บุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และความทุกข์ทรมานซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการอยู่กับโรคขณะมีชีวิต ซึ่งรวมถึงการที่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่อโรคมียอมรับตอบสนองอย่างไร

2.1.2 ความแตกต่างระหว่าง “ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน” และ “ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง”

1) *ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute condition)* คือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยการที่มีอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวกับโรคและสิ้นสุดในระยะเวลาสั้น ซึ่งอาจจะหายกลับมาทำกิจกรรมได้ตามปกติหรือเสียชีวิตได้ (เนติมา คูณีย์, 2557)

2) *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic conditions)* คือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด แม้ว่าอาการและอาการแสดงจะสงบไม่แสดงออกให้เห็น อาการจะมีได้หลายรูปแบบทั้งที่แสดงให้เห็น และไม่แสดง บางอาการอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อยๆ เป็น มีระยะที่เกิดอาการกำเริบขึ้น และอาการทุเลาของโรค จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (เนติมา คูณีย์, 2557)

จากความแตกต่างของโรค และความเจ็บป่วย รวมถึงลักษณะของความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน และส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของความเจ็บป่วย ที่ใช้ในการจำแนกหรือแสดงความแตกต่างของภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างโรคที่มีภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง

ลักษณะ	โรคที่มีภาวะเฉียบพลัน	โรคที่มีภาวะเรื้อรัง
ระยะเวลาการเกิดโรค	ทันทีทันใด	ค่อยเป็นค่อยไป
ระยะเวลาการดำเนินโรค	จำกัด	ยาวนานหรือไม่สามารถบอกได้
สาเหตุ	มักเกิดจากสาเหตุเดียว	มักเกิดจากหลายสาเหตุและมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป
การวินิจฉัยและพยากรณ์โรค	มักถูกต้อง	ไม่แน่นอน
การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ	มีประสิทธิภาพ	อาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้น อาจจะมีหรือไม่มีประโยชน์
ผลการรักษา	รักษาให้หายขาดได้	ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
ความไม่แน่นอน	น้อย	มาก
ความรู้	แพทย์มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าผู้ป่วย	แพทย์และผู้ป่วยสามารถหาความรู้ได้เท่าเทียมกัน

ที่มา: ดัดแปลงจาก Holman H, Lorig K. *Patients as partners in managing chronic disease.*

Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. BMJ

(Clinical research ed). 2000 Feb 26;320(7234):526-7. (อ้างถึงใน เนติมา คูณีย์, 2557)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ว่า หมายถึง กลุ่มโรคที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน ซึ่งต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถควบคุมหรือป้องกันการเกิดได้ หากมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และควบคุมความเครียด ได้แล้วจะสามารถป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคได้

2.2 ลักษณะเฉพาะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2552)

2.2.1 สาเหตุการเกิดโรคมียุปัจจัยหลายอย่างและเป็นสาเหตุที่ซับซ้อน

2.2.2 ปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป การพักผ่อน

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทำจนเคยชิน และกลายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

2.2.4 การแฝงตัวของตัวก่อโรค และผลกระทบของโรคที่ใช้ระยะเวลานาน

2.2.5 พบมากในกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เนติมา คูณีย์, 2557)

ความหมายของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ คือ ปัจจัยต่างๆ ที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลัพธ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่ เกิดจากปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคล พันธุกรรม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งระบบบริการทางการแพทย์มีผลต่อภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล เรียกว่า ปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพ (Health determination)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (non-modifiable risk factors) ได้แก่

เพศ อายุ และพันธุกรรม คือ เพศ ในเพศแต่ละเพศจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกันของเพศชาย และเพศหญิง สืบเนื่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนของร่างกายที่เกิดตามอายุ เนื่องจากฮอร์โมนที่แตกต่าง เช่นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงจะลดลงเนื่องจากเป็นวัยหมดประจำเดือน ดังนั้นจะพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในผู้หญิงเมื่ออายุมากขึ้นเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนจากการที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง และพันธุกรรม ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่ การเกิดโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดแดง (Bjord & Galon, 2013; Chronic illness)

1) เพศ เพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าผู้ชาย ประมาณ 10 ปี เนื่องจากภาวะของฮอร์โมนเพศหญิง (เอสโตรเจน) ช่วยชะลอการเกิดโรค แต่เมื่ออายุหลังหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย

2) อายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีผลให้เส้นเลือดเสื่อมลงตามวัย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงสภาพตามวัยมีการสูญเสียสภาพตามวัย

3) พันธุกรรม โรคบางโรคจะถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด บุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยเช่นเดียวกัน

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) ได้แก่ การสูบบุหรี่

การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย เบาหวาน จากระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดง ทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นตัวการสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งเป็นเหตุนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ

1) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ เนื่องจากควันบุหรี่มีสารพิษที่เรียกว่านิโคตินที่เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็ง และเป็นอันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะแปรผันตามจำนวนที่สูบ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งความเสี่ยงจะผันแปรตามปริมาณที่สูบ แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้สูบแต่อยู่ปะปนกับบุคคลที่สูบบุหรี่ก็ทำให้เกิดความเสี่ยงได้ด้วยเช่นเดียวกัน ยิ่งสูบมากยิ่งมีความเสี่ยงมาก การสูบเพียง 1-5 มวน ต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างน้อย 1.5 เท่า

2) ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงโดยส่วนใหญ่ เป็นเหตุนำของการเกิดโรคหลอดเลือดเสื่อม สาเหตุมาจากการเกิดแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความเสื่อมเร็วขึ้น ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงมากที่จะเกิดความดันโลหิตสูงในอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิต Systolic ขณะพักอยู่ในช่วง 120-139 mmHg และ Diastolic 80-89 mmHg

3) เบาหวาน ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ ทั้งในหลอดเลือดขนาดเล็ก และขนาดใหญ่ จากสาเหตุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และจากการที่หลอดเลือดเกิดการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบ ตามมา จึงมักพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางหลอดเลือดแดงร่วมด้วย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ตาบอด เป็นต้น

4) ไขมันในเลือดสูง จากสาเหตุที่สำคัญว่าไขมันเป็นสาเหตุปัจจัยเสี่ยง คือ โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งจากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อเกิดมีโคเลสเตอรอลรวมสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมาก การดูแลเพื่อชะลอการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือดแดง หรือลดการสะสม โดยการลดระดับของไขมัน แอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ซึ่งจากการกระทำดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดง เช่น การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

5) ภาวะอ้วน เป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันอย่างมาก เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งในคนที่อายุ 15 ปี ขึ้นไปในเพศหญิงรอบเอวเกิน 32 นิ้ว (80 cms.) ผู้ชายรอบเอวเกิน 36 นิ้ว (90 cms.) ถือว่ามีความเสี่ยง

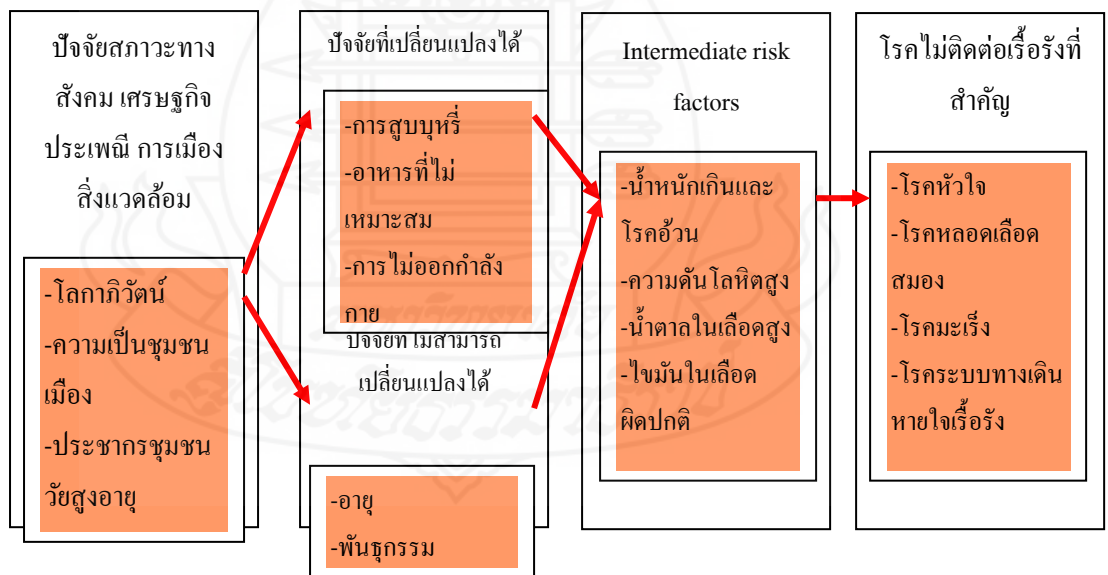
6) การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ การที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นคนทำอะไรกระฉับกระเฉง การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรค

7) อาหารและโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทั้งชนิด ปริมาณ

ทำให้เสี่ยงต่อโรคต่างๆได้ การรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ อาหารที่มีกาก เส้นใยน้อยๆ เป็นประจำ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็ม ล้วนเป็นการบริโภคที่ไม่เหมาะสม หรือการที่รับประทานในปริมาณมากเกินไป ร่างกายจะมีการสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งในหลอดเลือด

8) การดื่มแอลกอฮอล์ จากการที่ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลทำลายตับ ทำให้เซลล์เลือดเกาะเป็นก้อน ทำให้การไหลเวียนซ้าลงนำออกซิเจนน้อยลง และมีผลต่อหัวใจ จนมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวมขึ้น และยังเป็นสาเหตุให้การสะสมของไขมันมากขึ้น

9) ความเครียด การที่มีภาวะเครียดมากเกินไปเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน ได้แก่ อะดรีนาลิน (adrenaline) โดพามีน (dopamine) คอร์ติซอล (cortisol) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วเพื่อเตรียมพร้อมให้ร่างกายแข็งแรง และมีพลังงานพร้อมที่จะกระทำ อาการที่แสดงออกแล้วแต่สภาพ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ความเครียดจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความเครียดสามารถเกิดได้จากร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม การมีความเครียดน้อยเกินไป และมากเกินไปไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ส่งผลต่อการเกิดอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว แน่นท้อง มือเท้าเย็น นอกจากนี้ความเครียดยังสามารถทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง (DMH staffs, 2550)



ภาพที่ 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ที่มา : World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization; 2005 (อ้างถึงใน เนติมา คูณีย์, 2557)

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2559) กล่าวว่าโรคเรื้อรัง เกิดจากสาเหตุหลายปัจจัยเสี่ยง ซึ่งกล่าวว่า ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อย ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ส่วนที่เหลือร้อยละ 10 เกิดจากพันธุกรรม หากมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร มีความพิการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2559) ได้กล่าวว่า สถานการณ์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยนั้น มีการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ 6 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบ และหืด ซึ่งมีสถานการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่างๆ และการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นที่มจะต้องมีความเข้าใจความหมาย และความแตกต่างของภาวะการเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบริหารจัดการเพิ่มเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเอง และปรับวิถีชีวิตของตนเองได้

สำนักโรคไม่ติดต่อ (2559) กล่าวว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่าง พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน 7 วัน ที่ผ่านมามีความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ขณะที่ความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน การดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากสถิติสาเหตุของการสูญเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประมาณ ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิต ซึ่งร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจาก 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน กลุ่มโรคนี้เป็นภัยเงียบระดับชาติที่ส่งผลให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ (เนติมา คูณีย์, 2557) นอกจากนั้นนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้ระบุงการเร่งรัดการพัฒนาาระบบจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ในปี 2559 และพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญมี 5 โรค คือ โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, ความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งพบว่ามี การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากปี 2555-2558 (รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ส่วนในพระสงฆ์พบว่า 5 อันดับโรคแรกที่พบมาก คือ 1) โรคเมตาบอลิซึมและไขมันในเลือดผิดปกติ 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคไตวาย 5) โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภค (มติชน 14 กรกฎาคม 2559, 2559)

จากสถิติสาเหตุของการสูญเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลกในปัจจุบัน พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประมาณ ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิต ซึ่งร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เกิดจาก 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน กลุ่มโรคนี้เป็นภัยเงียบระดับชาติที่ส่งผลให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ (เนติมา คูณีย์, 2557) นอกจากนี้นโยบายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้ระบุงการเร่งรัดการพัฒนา ระบบจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ในปี 2559 และพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญมี 5 โรค คือ โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, ความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่ามีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากปี 2555-2558 (รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ส่วนในพระสงฆ์พบว่า 5 อันดับโรคแรกที่พบมาก คือ 1) โรคเมตาบอลิซึมและไขมันในเลือดผิดปกติ 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคไตวาย 5) โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค (มติชน 14 กรกฎาคม 2559, 2559)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การประเมินภาวะของบุคคลเพื่อประเมินถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดได้ มีมากน้อยแค่ไหนซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถควบคุมได้ และไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการมีโรคประจำตัวต่างๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ เพศ อายุ รวมถึงพันธุกรรม ซึ่งหากมีการเตรียมความพร้อม ดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคได้ จะช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ นอกจากนี้ส่วนที่เกิดจากพันธุกรรม อายุ หรือเพศ ที่ไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันได้ และในปัจจุบันพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ส่วนประเทศไทยมีแนวโน้มว่ามีภาวะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้งจากการสำรวจในพระสงฆ์พบว่า 5 อันดับโรคแรกที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับต้นๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ได้รับจากการใส่บาตรของประชาชน

2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Lubkin & Larsen, 2013)

จากปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยหรือภาวะที่ทำให้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดความเปลี่ยนแปลง ซึ่งบางคนอาจมีปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง และอาจทำให้เกิดขึ้นอย่างถาวร การดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ รูปแบบการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเห็นได้ว่ามีทั้งการติดตามทางด้านร่างกายซึ่งเป็นตัวชี้บ่งเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และทางกายภาพ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจไม่กลับคืนเข้าสู่ภาวะปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างเฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลจะต้องมีการดูแลและเอาใจใส่ ติดตามประเมินอาการ และการช่วยเหลืออย่างเป็นเวลานาน ตามที่องค์การอนามัยโรคได้ให้คำจำกัดความถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ว่าเป็นโรคที่มีระยะการเป็นโรคนาน และการดำเนินโรคค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ

จากสาเหตุและการดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะพบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคลเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันหรือลดไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก และการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยนั้น จึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่สุด ผาณิต หลีเจริญ (2556) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในส่วนของการจะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ สาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะของโรคทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาจาก 2 สาเหตุ คือ 1) สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือจากสาเหตุตัวโรคเอง จากการรับประทานยาอื่นๆ 2) สาเหตุที่สามารถควบคุมได้ จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการด้านความเครียด ในการควบคุมพฤติกรรมต่างๆ นั้นจะต้องอาศัยผู้ป่วยเป็นสำคัญเพราะจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน แต่ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ บางครั้งอาจปรับเปลี่ยนได้ระยะสั้น แต่ไม่ยั่งยืน มีหลายการศึกษาได้กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ว่ามีความซับซ้อนต้องอาศัยปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ความรู้ ทักษะคติ ประสบการณ์ การยอมรับสนับสนุนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว สิ่งรอบข้างและการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรค รวมทั้งแนวทางการรักษาซึ่งต้องการความร่วมมือในการดูแลตนเองและกินยาตามการรักษาของแพทย์

2.5 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Lubkin & Larsen, 2013)

จากการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2552 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 63% สำหรับประเทศไทยพบว่ามีถึง 14 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 73% (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีการทบทวนแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ จากแนวคิดของ Nolte & McKee (2008) (อึ้งใน สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2559) ดังนี้

2.5.1 ธรรมชาติของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างจากโรคที่เป็นเฉียบพลัน คือในด้านของระยะเวลาการเกิด ลักษณะของโรคซึ่งมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป แต่ไม่ทราบระยะเวลาแน่ชัด มีปัจจัยหลายอย่างเป็นสาเหตุทำให้เกิด ด้านการวินิจฉัยมีความไม่แน่นอนและอาจเปลี่ยนแปลงได้ ที่สำคัญยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเฉียบพลันจะทราบระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนชัดเจน แต่เป็นการเกิดของโรคที่ผู้ป่วยไม่มีการรู้ข้อมูลก่อน ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร

จะต้องทำการรักษาอย่างไร แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร ต้องทำการรักษาอย่างไรผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะมีความรู้พอๆ กัน (สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2559)

2.5.2 การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพหลายระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ การจัดการจึงต้องการความต่อเนื่อง (continuity) ความร่วมมือ (coordination) และความครอบคลุม (comprehensiveness) ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อระบบการดูแลรักษา ทั้งในระดับการดูแลปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเองและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ซึ่งบางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยน ลด เปลี่ยนชนิดของยา มีความรู้เรื่องโรคของตนเอง และสามารถสังเกตถึงอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่างๆ ได้ รวมทั้งวิธีการการใช้ยาและเทคโนโลยีใหม่เพื่อการดูแลตนเอง

2.5.3 ปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ในระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นจะต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถติดตามผู้ป่วยได้ระยะยาวซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาและรู้สึกยอมรับที่จะต้องดูแลตนเอง และช่วยเหลือผู้ป่วยดูแลตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ และการจัดสภาวะแวดล้อมที่พักและที่ทำงาน เป็นต้น

2.5.4 การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ให้บริการและผู้ป่วยต้องมีเวลาในการจัดการโรคร่วมกันเป็นระยะเวลานาน เป็นการช่วยในการประสานการดูแลรักษาและการติดตามการรักษาจะต้องมีประสิทธิภาพ

Larson (2013) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า การดูแลที่ดีที่สุด คือการดูแลป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งได้มีผู้ริเริ่มตั้งแต่ปี 1990 โดยนำระบบ Chronic care model ลงสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้จำแนกประเด็นการให้การดูแลระดับปฐมภูมิไว้ 3 ข้อ คือ (Wielawski, 2006; from Larson, 2013)

1) ประเด็นการให้การดูแลระดับปฐมภูมิ มี 3 ข้อ คือ

(1) หน่วยงานปฐมภูมิจะต้องมีระบบการตอบสนองสำหรับผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และความต้องการของผู้ป่วย (กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

(2) การที่ดูแลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้ไม่เพียงพอและไม่มีสิ่งสนับสนุนในการดูแลด้วยตนเอง

(3) แพทย์มีภาระที่ยุ่งมากจนไม่สามารถดูแลให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพ

2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษา พบว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ลดการอยู่โรงพยาบาล โดยมี 8 ขั้นตอน (Larson, 2013) คือ

(1) การประเมิน (Assessment) การประเมินทางการแพทย์เบื้องต้น หน้าที่ ความรู้ อารมณ์ จิตใจ ภาวะโภชนาการ และสิ่งแวดล้อม สิ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(2) การวางแผน (Planning) การวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนแนวทางการดูแล

(3) การบริหารจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง (Chronic disease self – management: CDSM) โดยการสร้างให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการดูแลโรคด้วยตนเอง ด้วยการอบรมและคอยให้การช่วยเหลือจากพยาบาล

(4) การติดตาม (Monitoring) การติดตามอย่างน้อยใช้การโทรศัพท์ติดตาม เดือนละครั้ง

(5) การฝึกสอน (Coaching) ใช้แรงจูงใจในการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

(6) ประสานงานการเปลี่ยนแปลงระหว่างขนาดและผู้ให้การดูแล (Coordinating transitions between sites and providers of care) การประสานงานระดับปฎิบัติการในการดูแลผู้ป่วย

(7) การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล (Educating and supporting caregivers) การเตรียมครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีความรู้ และคอยสนับสนุนช่วยเหลือ

(8) ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (Accessing community resources) การกำหนดทรัพยากรที่มีในชุมชนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

จากปัญหาความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข จึงมีความตระหนักถึงความสำคัญของรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยนำการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามรูปแบบ Integrated Chronic Care Model ซึ่งประกอบด้วย การจัดการ ดูแลรักษา เข้าด้วยกัน และสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพ (Chronic Care Model Team) มีการร่วมวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต และสังคม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ได้ทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับบุคคล และได้ประโยชน์สูงสุด มีเครือข่ายที่มีคุณภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วย ลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมความรุนแรงของโรค รวมทั้งเพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และการส่งต่อเพื่อการรักษา

อย่างต่อเนื่อง มีองค์ประกอบที่จำเป็น (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556) ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 องค์ประกอบในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. การสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (Community resources and policy)	หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานกัน เพื่อเชื่อมโยงชุมชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนัก และสนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร (Health care organization)	ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดนโยบายและสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับ ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีโครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการดูแลรักษาพยาบาล ที่ครอบคลุมต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self – management support)	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือหรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ
4. ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Delivery system design)	การปรับระบบบริการที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมทั้งระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)	มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งการจัดให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อมีความพร้อมเพียงพอ
6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)	มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกันและกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 6 ในระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังกล่าวในตารางที่ 2.3 แล้วนั้น ยังพบว่าบางประเทศได้มีการพัฒนารูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือเน้นที่องค์ประกอบของระบบบริการบางส่วนเพื่อที่จะพัฒนาผลลัพธ์ให้ดีขึ้นซึ่งรูปแบบดังกล่าว ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2559)

1) *การบูรณาการการดูแลรักษา (Integrated care)* การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและองค์กรต่างๆ ในการให้บริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย ถ้ายทอดข้อมูลแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม ตัวอย่าง เช่น การบูรณาการหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุดิยภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) *การวางแผนการดูแลรักษา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based care pathways)* ให้แนวทางที่มีรายละเอียดการให้บริการในแต่ละระดับ บริการเฉพาะหรือยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ จากหลักฐานเชิงประจักษ์

3) *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)* สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย การติดตามผล และการติดต่อครอบครัวของผู้ป่วย

4) *การรวบรวมข้อมูลและการติดตาม (Data collection and monitoring)* การรวบรวมข้อมูลทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

5) *การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patients self-care)* กลยุทธ์ที่มีการให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การจัดการเรื่องความรู้ของตนเอง การติดตามอาการด้วยตนเอง เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสิ่งสำคัญที่ระบบสุขภาพให้ความสนใจอย่างมาก ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะต้องมีโครงสร้างในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบุคคล เพื่อประสานความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับแหล่งประโยชน์ของชุมชน การดูแลจัดการแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันมีการนำต้นแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไปประยุกต์ใช้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ และยังมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งได้มีการพัฒนา และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนระบบสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

2.6 แนวทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในประเทศที่กำลังพัฒนา มีสถานการณ์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมุ่งเน้นที่การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ และสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมประชากรจำนวนมากได้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการป้องกันและลดภาระโรคจากการป่วยและการตาย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (World Health Organization, 2017) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 การลดลงของอัตราการตาย และอัตราป่วย

กลุ่มที่ 2 การลดลงของการได้รับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงพฤติกรรมและเชิงชีวภาพ (Risk factor for NCDs)

กลุ่มที่ 3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/นโยบายต่างๆ ในระดับประเทศที่ตอบสนองต่อการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเทศไทย ได้มีการหารือร่วมกันของภาคีเครือข่ายดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการร่วมมือจากหลายภาคส่วน การดำเนินการ 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.6.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน ให้ปลอดโรค และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

2.6.2 ด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.6.3 ด้านการรักษาพยาบาล ในประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และความพิการขึ้น

2.6.4 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจ ในภาวะที่เกิดความพิการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเอง มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในส่วนของการป้องกันภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักสภานิติเวช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้รณรงค์การป้องกันความเสี่ยงของกรมการแพทย์ไว้ว่า จากที่พระสงฆ์ที่มีภาวะอาหารด้วยโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากสาเหตุที่เกิดจากการฉันทอาหาร ออกกำลังกายน้อย สูบบุหรี่จัด ฉันทกาแฟ ฉันทเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำทุกวัน จึงได้มีการแนะนำประชาชนเลือกอาหารสุขภาพถวายพระสงฆ์ ลดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ “การทำบุญตักบาตรพระสงฆ์ ควรคำนึงถึงอาหารเพื่อสุขภาพ เลือกอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นอาหารประเภทผัก ผลไม้ ตามหลักโภชนาการ เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ และสามเณรมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง” 1) อาหารประเภทนม เช่น นมพร่องไขมัน เหมาะสำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2) อาหารประเภทข้าว เช่น ข้าวกล้อง ขนปังโฮลวีท เพราะจะให้ประโยชน์เรื่องใยอาหารและวิตามินบีรวม
 3) อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อปลา หรือ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 4) อาหารประเภทผัก เช่น ผักหลากสี จะได้รับวิตามินที่ต่างกัน 5) อาหารประเภทผลไม้ เช่น ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ แตงโม แคนตาลูป ส้มโอ ฝรั่ง สับปะรด กัญชง แอปเปิ้ล แก้วมังกร เป็นต้น (สำนักสารนิเทศ, 2560)

2.7 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลจากการที่มีภาวะความเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผลกระทบจากโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของบุคคลหรือระบบสุขภาพ เพื่อวินิจฉัยดูแลรักษา ทั้งระดับบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ เห็นได้ว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในระดับบุคคลและการพัฒนาประเทศ จะเห็นว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีจะช่วยให้ได้รับผลข้างเคียงน้อยหรือไม่มี ในที่นี้จะกล่าวถึงผลกระทบที่ผู้ป่วยจะได้รับ (สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2559) ดังนี้

2.7.1 ผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและ พัฒนาการ

มนุษย์ปกติตามหลักธรรมชาติจะมีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการจากช่วงหนึ่ง ไปยังอีกช่วงหนึ่ง ซึ่งการที่จะก้าวเข้าสู่ระยะที่สูงขึ้นจะต้องมีการดูแลในแต่ละระยะให้ได้ สมบูรณ์ การที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำให้การเจริญเติบโต และ พัฒนาการจากระยะหนึ่งสู่อีกระยะหนึ่ง อาจล่าช้า หรือหยุดชะงักได้

2.7.2 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากบุคคลจะมีความแตกต่างในความอดทนต่อโรคหรือภาวะเกี่ยวกับคุณลักษณะของโรค อายุ ระยะพัฒนาการ ความรุนแรงของความพิการ และการรักษามีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมักจะเกี่ยวข้องกับอาการทางด้านร่างกาย การจัดการกับชีวิต การดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินเชิงจิตพิสัย (subjective) ที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการประเมินชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล และระบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ให้ผู้ป่วยมีชีวิตแต่ต้องมีคุณภาพที่ดีด้วย

2.7.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ

ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ เนื่องจากภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่าย การสูญเสียชีวิต ตั้งแต่ยังไม่ถึงวัยอันควร การมีความพิการจากสภาวะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกิดภาวะแทรกซ้อน และจากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก มี 63% ที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งโรคที่มีอัตราผู้ป่วยและเสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes

mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & cerebrovascular disease) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วนลงพุง (Obesity) และสำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนการเสียชีวิตถึง 300,000 กว่าราย คิดเป็น 73% จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2560)

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2559) กล่าวถึงผลกระทบของโรคเรื้อรัง จะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของบุคคล ระบบสุขภาพจากการวินิจฉัย ดูแลรักษา ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง มีค่าใช้จ่ายในปี 2551 ทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี และระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Sparring et al, 2013)

โรชนี อุปรา และทักษิภา ชัชรรัตน์ (2559) ศึกษาโรคเรื้อรัง: ผลกระทบต่อสุขภาพพระสงฆ์ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ และประสิทธิภาพการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนา ดังนั้นจึงควรที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาในระยะเวลานาน ต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของบุคคล ดังนั้นการรักษาเพื่อให้โรคไม่เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยมีการบูรณาการการดูแลรักษา (Integrated care) การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและองค์กรต่างๆ ในการให้บริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based care pathways) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ การรวบรวมข้อมูลและการติดตาม (Data collection and monitoring) การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patients self-care) ให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง ซึ่งภาวะของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนา คุณภาพชีวิต และสภาวะทางเศรษฐกิจได้ (Lubkin & Larsen, 2013) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสิ่งที่สำคัญ คือ การควบคุมและจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังเช่นที่ โรชนี อุปรา และทักษิภา ชัชรรัตน์ (2559) ได้กล่าวว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และสำหรับพระสงฆ์จะต้องสอดคล้องกับพระธรรมวินัย และเป็นที่ยอมรับขององค์กรสงฆ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น การควบคุมอาการของโรคจึงต้องการให้มีความร่วมมือในการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย คือ ความร่วมมือในการกินยา ตามแผนการรักษาของแพทย์จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ควบคุมโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น การปรับพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

3. แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา

จากข้อมูลพื้นฐานของการพัฒนาพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพดี จะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วย และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกที่สังเกตได้ และมีความสัมพันธ์กันและกัน และในองค์ประกอบที่สำคัญของการรักษาทางด้านสุขภาพ ยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมอาการของโรคโดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.1 แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านมา พฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย โดยจะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นความเชื่อของบุคคลกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อระดับความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษา โดยการที่บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และระดับความรุนแรงของโรค จึงมีการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองก่อนเริ่มมีอาการ โดยมีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเข้ารับการตรวจคัดกรองซึ่งเป็นหน้าที่ของความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภัยคุกคาม กับอุปสรรคที่รับรู้ (Horne & Weinman, 1998)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model: HBM) (Becker & Maiman, 1974) ได้กล่าวว่า มาตรการการกระตุ้นเพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงถ้าการรับรู้การคุกคามของโรคสูง และเขาได้รับประโยชน์ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้การคุกคามของโรค พฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อ คือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจทางสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงภัยคุกคามจากโรค ซึ่งมีปัจจัย ดังนี้

- 1) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพทั่วไปจากการที่ไม่ได้ริบความเป็นธรรม
- 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล
- 3) ความอ่อนแอ ความเจ็บป่วยที่ได้รับมาก่อนหน้านั้นและในปัจจุบัน
- 4) การวางแผนทางเกี่ยวกับทางการแพทย์
- 5) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยจะมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกัน

ขึ้นกับการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง และการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อที่มีอยู่เดิมในแต่ละชุมชน ความสนใจและค่านิยม

3.2 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากเดิม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ 4) การรับรู้อุปสรรค ต่อมาจึงมีการพัฒนาเพิ่มองค์ประกอบความสามารถตนเอง (self-efficacy) (สุปรียา ตันสกุล, 2550)

จุฬารัตน์ โสตะ (2557) ได้กล่าวเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า วิวัฒนาการแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้มีการเพิ่มปัจจัยขององค์ประกอบไว้ คือ จากเดิม 4 ด้าน เป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ผลของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยร่วม และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม ดังนี้

3.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย ซึ่งจะมีระดับที่ไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล ซึ่งนับว่าองค์ประกอบนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญ และส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ มีอิทธิพลสูงที่สุด ดังนั้นการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ นั้นบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล

3.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง

ความรู้สึกต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ได้แก่ ความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน เศรษฐกิจและสังคม ของบุคคลที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะอธิบายหรือทำนายถึงพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วย และทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค เนื่องจากแม้บุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก็อาจจะทำให้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องได้

3.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

หมายถึง วิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค จากการแสวงหาของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้นหรือหาย การที่จะปฏิบัติตามขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ และพิจารณาเลือก

ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค

3.2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เป็นผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ บุคคลจึงจะเกิดการตัดสินใจได้ต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ทำนายความร่วมมือในการรักษาได้

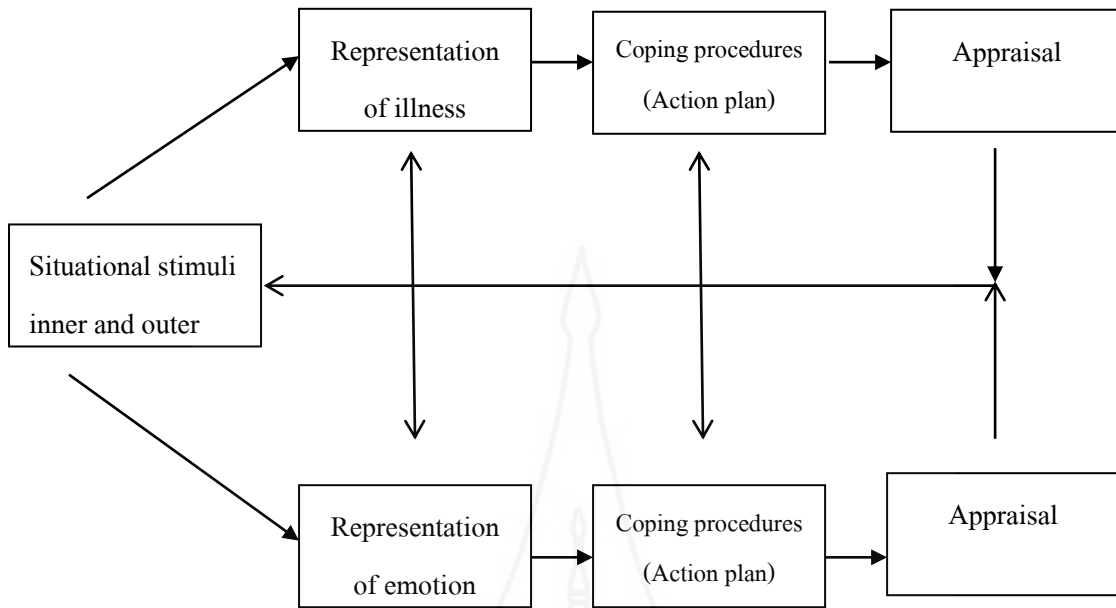
3.2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของบุคคลโดยเกิดจากการกระตุ้นสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก การที่บุคคลต้องการลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพพร้อมกับปัจจัยการรับรู้จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

3.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆ นอกจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ที่ช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี

สรุปได้ว่าในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มิเพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค โดยเกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ แรงจูงใจ เป็นความสนใจสุขภาพ ความตั้งใจรับการรักษา คุณค่าของการลดภาวะความเจ็บป่วย ทั้งภาวะเสี่ยง การเจ็บป่วย อันตรายที่อาจเกิดต่อร่างกาย ผลกระทบ และโอกาสของการลดภาวะการเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ทั้งความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความเชื่อต่อการรักษา ปัจจัยร่วม ซึ่งมีทั้งจากประชากร โครงการ ทักษะคนดี ปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุน รวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเฉพาะพฤติกรรมกรกินยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

3.3 แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

จากแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาตามแนวคิดของ Home (1997) ได้มีกรอบแนวคิดจากสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (The common – sense model; CSM) ของ Leventhal, Brissette & Leventhal (2003) ซึ่งใช้อธิบายถึงเป้าหมายลักษณะการควบคุมตนเองเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดภาวะพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่ง Home ได้นำมาพัฒนาและใช้ร่วมอธิบายความร่วมมือในการกินยา (medication adherence) ซึ่งการที่มีความเข้าใจกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยก่อนจึงจะมีความเข้าใจแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะกำกับตนเองให้มีความร่วมมือในการกินยานั้น จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (representative of treatment) จะเห็นว่ากรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะอธิบายความร่วมมือในการกินยาได้ดี เมื่อการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยรวมกันกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (ยศพล เหลืองโสมนภา, 2557) แสดงในภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 The parallel process model

ที่มา: Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003

จากภาพที่ 2.3 การเกิดสถานการณ์ที่ต้องเผชิญของบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งมีทั้งตัวกระตุ้นภายใน และตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตัวกระตุ้นจกภายนอก ได้แก่ การวินิจฉัยของแพทย์ โดยบุคคลจะมีการพัฒนากระบวนการ 2 อย่าง คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (representation of illness) มีโครงสร้าง 5 องค์ประกอบ คือ ความเจ็บป่วยนั้นเป็นอะไร (Identity) ระยะเวลาที่เป็น (timeline) ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิด (cause) ผลที่ตามมาของบุคคลจะเป็นอย่างไร (consequences) และความสามารถในการควบคุมและรักษาความเจ็บป่วยนั้น (control/cure) (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003) 2) การรับรู้ทางอารมณ์ (representation of emotion) ได้แก่ การแสดงอารมณ์ต่อความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วย เช่น เกิดความกลัวหรือกังวลต่ออาการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการวางแผนและเผชิญกับปัญหา ทั้งเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ ส่งผลต่อความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือต่อการรักษา และทำการประเมิน (appraisal) ผลจากการวางแผน การเผชิญปัญหาว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมจะย้อนกลับมาทบทวนสถานการณ์ ภาวะคุกคามทางสุขภาพ และตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ของการใช้การรับรู้ความเจ็บป่วย และการรับรู้ทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยอีกครั้ง จากกรอบแนวคิดสามมัญานี้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะยึดที่

บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตนเอง (active problem solver) และเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบุคคล (Horne, 1997 อ้างถึงใน ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2557)

จากกรอบแนวคิดของ Leventhal (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) ได้กล่าวถึง แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย Horne ได้กล่าวว่านอกจากการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้วยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (representative of treatments) ด้วย ซึ่งแสดงถึงกระบวนการปรับตัวที่แสดงออกในความร่วมมือในการกินยาของบุคคล ซึ่ง Horne, & Weinman (2002) ได้ศึกษาความเชื่อการกินยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาหอบเหนื่อย ด้วยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about Medicines Questionnaire: BMQ) และได้มีการศึกษาองค์ประกอบของข้อคำถามซึ่งสรุปว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) จำนวน 10 ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) จำนวน 8 ข้อโดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ยศพล เหลืองโสมนภา, ปาลีรัฐญ์ ฐาสีรสวัสดิ์ และลลิตา เตชาวุธ, 2557) ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 องค์ประกอบของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

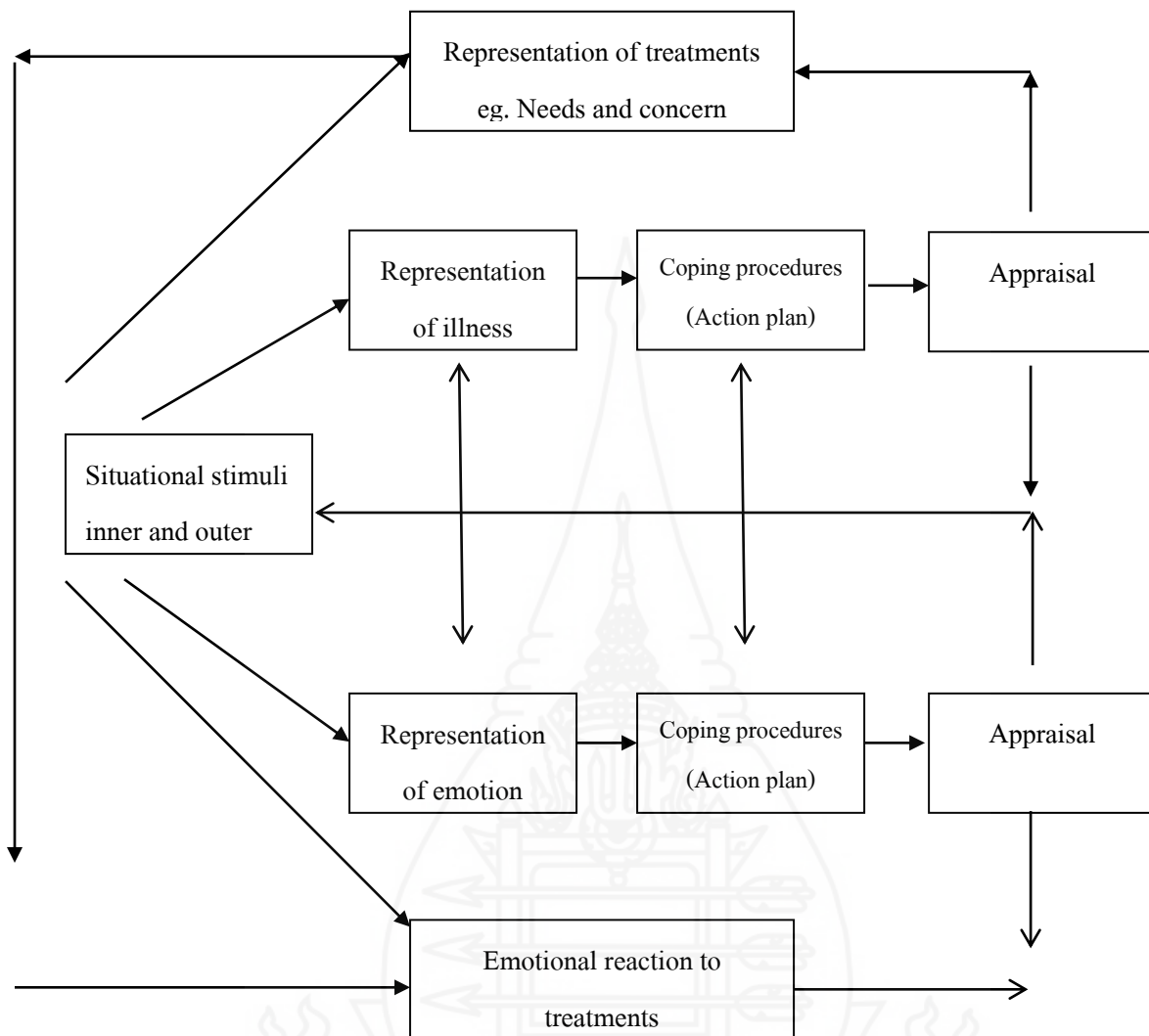
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific)	
ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific-necessity) เป็นหมวดหมู่ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยาในเงื่อนไขเฉพาะ	ด้านความกังวลจากการกินยา (Specific-concern) เป็นหมวดหมู่ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยาสำหรับเงื่อนไขเฉพาะ
1. สุขภาพของฉันในอนาคตจะขึ้นอยู่กับยาที่ฉันต้องกิน	1. ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยา
2. สุขภาพของฉันในปัจจุบันขึ้นอยู่กับยาที่ฉันต้องกิน	2. บางครั้งฉันกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาวของยาที่ฉันกิน
3. หากไม่ได้กินยา ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้	3. บางครั้งฉันกังวลใจกับการที่ต้องกลายเป็นผู้ที่พึ่งพายามากเกินไป
4. หากปราศจากยา ฉันคงจะเจ็บป่วยมาก	4. ยาที่ฉันกินนั้น เป็นสิ่งที่แปลกประหลาดสำหรับฉัน
5. ยาที่ฉันกินนั้น ช่วยป้องกันตัวฉันจากอาการของโรคที่เลวร้ายได้	5. ยาที่ฉันกินนั้น ครอบคลุมชีวิตของฉัน

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general)	
<p>ด้านการใช้ยามากเกินไป (general – overuse) เป็นหมวดหมู่ความเชื่อว่ายยาโดยทั่วไปนั้น ถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถ้าแพทย์มีเวลาคุยกับผู้ป่วยมากกว่านี้ก็น่าจะทำให้สั่งยาให้ผู้ป่วยได้ลดลง 2. แพทย์สั่งยาให้กับผู้ป่วยมากเกินไป 3. แพทย์ไว้วางใจต่อยามากเกินไป 4. การเยียวยาตามวิธีธรรมชาติมีความปลอดภัยกว่าการใช้ยาแผนใหม่ 	<p>ด้านอันตรายจากการกิน (general-harm) เป็นหมวดหมู่ความเชื่อว่ายยาโดยทั่วไปนั้นเป็นสารพิษและเป็นอันตราย และเสพติดได้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยาโดยส่วนใหญ่ กินแล้วจะติดได้ 2. ยา ใช้แล้วเกิดอันตรายมากกว่าประโยชน์ 3. คนที่กินยา ควรหยุดการกินยาบ้างเป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยกลับมากินต่ออีกครั้ง 4. ยาทุกตัวเป็นสารที่มีพิษรูปแบบหนึ่ง

ที่มา: Horne, 1997; อ้างถึงใน ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ. (1999)

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปาสีร์ญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์ และลลิตา เดชาวุธ (2557) ได้กล่าวไว้ว่า Horne (1997) ศึกษาถึงความร่วมมือในการกินยาของบุคคลจากการกำกับตนเองนั้น เกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ร่วมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (representative of treatments) ทำให้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาได้ดีขึ้น จึงเกิดความคิดเกี่ยวกับความเชื่อที่ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจว่าตนเองจะกินยาตามแพทย์สั่งหรือไม่นั้น มีองค์ประกอบอย่างไรบ้าง จึงได้นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines questionnaire; BMQ) ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) จำนวน 10 ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) จำนวน 8 ข้อ ซึ่งสามารถอธิบายตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ร้อยละ 51.90 มีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (criterion-related validity) และความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) มีรายละเอียดข้อความดังตารางที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 การเชื่อมโยงการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาในกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ที่มา: Horne, 1997, 2003 ; อ้างถึงใน ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ, 2557

จากภาพที่ 2.4 Horne (1999) ได้ศึกษาอิทธิพลในการทำนายความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ต่อความร่วมมือในการกินยา พบว่า ผลต่างของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระหว่างด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยากับด้านความกังวลจากการกินยา (necessity-concern difference score) .เป็นตัวแปรทำนายความร่วมมือในการกินยา (ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ, 2557)

3.4 ความสมดุลของความจำเป็นกับความกังวลในการกินยา

การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกินยาหรือไม่นั้น Home (2003, 2006: อ้างถึงในยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ, 2557) เหตุผลในการตัดสินใจว่าจะกินหรือไม่กินยา บางรายใช้การวิเคราะห์จากต้นทุน-ผลประโยชน์ (cost-benefit analysis; CBA) ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model) และคำนึงถึงข้อดี ข้อเสีย ตามหลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (transtheoretical model) ซึ่งความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาจะเทียบได้กับการรับรู้ผลประโยชน์และข้อดีของการกินยา ส่วนด้านความกังวลจากการกินยาเทียบได้กับต้นทุนและการคำนึงถึงข้อเสียของการกินยา ซึ่งการแปลผลจะได้จากค่าคะแนนของความเชื่อแต่ละด้าน และมีการนำค่าความต่างของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระหว่างด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยากับด้านความกังวลจากการกินยา ซึ่งหากค่าคะแนนเป็นบวก หมายความว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในแง่บวกของการมองข้อดีมากกว่าข้อเสียของการกินยา ส่วนค่าคะแนนเป็นลบ หมายความว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในแง่ลบของการมองข้อดีมากกว่าข้อเสียของการกินยา ในทางคลินิกได้มีการนำค่ามัธยฐาน (median) มาแบ่งคะแนนของแต่ละด้านออกเป็น 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลต่างคะแนนกับค่ามัธยฐาน

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา แบบเฉพาะ	คะแนนสูงกว่ามัธยฐาน	คะแนนต่ำกว่ามัธยฐาน
ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา	รับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (necessary)	ไม่รับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (unnecessary)
ด้านความกังวลจากการกินยา	กังวลจากการกินยา (concern)	ไม่กังวลจากการกินยา (not concern)

ที่มา : ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557)

3.5 การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบสอบถามความเชื่อฉบับภาษาไทย

จากความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medication) Home (1997) ได้พัฒนาแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medicines questionnaire; BMQ) มี 2 องค์ประกอบใหญ่ 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (Specific beliefs) ประกอบด้วย ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific-necessity) เป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็น และประสิทธิภาพของยา ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา (Specific-concern) เกี่ยวข้องกับความกังวลใจจากผลกระทบทที่ก่อให้เกิด

อันตรายจากยา 2) ความเชื่อแบบทั่วไป (General beliefs) ประกอบด้วย ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป (General-overuse) เป็นความเชื่อที่ว่าแพทย์มีการสั่งใช้ยามากเกินไป และความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา (General-harm) เป็นความเชื่อว่ายาก็ใช้ยาทั่วไปนั้นเป็นสารพิษเป็นอันตราย และเสพติดได้ และยังได้มีการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์ และสามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาได้ ซึ่งยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ (2557) ได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาของ Horne (1999) มาแปลแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเป็นภาษาไทย ได้มีการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษเพื่อนำมาใช้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย จึงได้มีการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรม Lisrel 8.52 พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 69.64 ค่า df เท่ากับ 83 มีค่าความน่าจะเป็นเท่ากับ 0.852 เมื่อพิจารณาค่าความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบสอบถามที่องค์ประกอบสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในประเทศไทยได้

สรุปได้จากบทวนข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าศาสนาพุทธให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยกำหนดไว้อยู่ในข้อปฏิบัติของพระสงฆ์ ได้แก่ การตัดผม ตัดเล็บ การไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น รวมถึงกรณีอาหารของพระสงฆ์ แต่จากภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้ข้อปฏิบัติของพระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาหารจากการบิณฑบาต การออกกำลังกายลดลงจากวัตรปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้พระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาในระยะเวลานาน มีการดูแลที่ต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ต้องมีการจัดการที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย รวมถึงองค์กรต่างๆ ร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา โดยเฉพาะความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patients self-care) จึงเน้นการให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง เพื่อการควบคุมอาการของโรค เนื่องจากผลกระทบของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนา คุณภาพชีวิต และสภาวะทางเศรษฐกิจได้ ฉะนั้นการควบคุมและจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญช่วยให้ควบคุมโรค และการบริหารจัดการโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อมีประสิทธิภาพขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นในระยะเวลานานๆ ผู้ป่วยจะมีความเบื่อหน่าย ขาดความมั่นใจในคุณสมบัติของยาต่อการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจึงมีผลลง โดยที่ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามี 4 ด้าน คือ

ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยา ซึ่งพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต (2559) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 85 ราย โดยใช้แบบสอบถามวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับยู่ แบบสอบถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบสอบถามวัดความร่วมมือในการรับประทานยา 8 ข้อ ของมอริสกี ได้ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85, 0.71 และ 0.75 ตามลำดับ พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาค่อนข้างต่ำ ($M=5.92$, $S.D.=1.71$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 17.2 โดยด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด

ธนกฤต มงคลชัยภักดี, สุธาทิพย์ พิษณุไพบูลย์ และอลิศรา แสงวิรุณ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ในคลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 168 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 37.4 ± 2.2 (คะแนนเต็ม 40) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 16.7 ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นโรคร่วมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = -0.179$; $p = 0.020$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่ามี 3 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง/ขับรถโดยสาร/ขับรถแท็กซี่ ($p=0.018$) อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณอายุ ($p=0.030$) และจำนวนโรคเรื้อรังร่วมด้วย ($p=0.003$) โดยอาชีพรับจ้าง/ขับรถโดยสาร/ขับรถแท็กซี่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศเคนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อำเภอป่าสัก จังหวัดศรีสะเกษ ใช้การศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 76 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยา ร้อยละ 47.7 ไม่ใส่ใจเวลา

รับประทานยา ร้อยละ 47.7 แต่ไม่มีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง ด้านการให้ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ร้อยละ 55.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ รายได้ จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน จำนวนยาเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับ มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ต้นสกุล และพิศาล ชุ่มชื่น (2557) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ป่วย 1 ปี ขึ้นไป รับการรักษาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน จำนวน 95 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาส่วนใหญ่มีความความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับข้อเสียและอุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย และพบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อเกี่ยวกับข้อเสีย และอุปสรรคของการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและข้อดีของการรับประทานยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, ปาลีรัญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวชะอำ และวารุณี สุรวัฒนกุล (2557) ศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเอช ไอ วี และโรคเบาหวาน ที่รับบริการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตราด จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดนครนายก จำนวน 500 ราย โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย ที่ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะทำการพัฒนาจากแบบสอบถามต้นฉบับของฮอร์น (1999) ซึ่งประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลจากการกินยา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ผลจากการศึกษาพบว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในการศึกษาของประเทศไทยได้ต่อไป

นันทยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และยงชัย นิละนนท์ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา ศึกษาในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก จำนวน 75 ราย ใช้

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.8-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง 0.71-0.87 พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = 0.226$, $p < 0.05$) โดยสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($M = 0.415$, $p < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($M = -0.293$, $p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา และยุพาทธ เสือเต่า (2556) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลจังหวัด ในจังหวัด ตราด และ สระแก้ว จำนวน 100 คน ใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในการเก็บข้อมูล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 พบว่า มีคะแนนค่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยามีค่า เท่ากับ 20.98 ± 3.48 , 14.50 ± 4.36 , 13.20 ± 2.71 และ 11.46 ± 3.78 ตามลำดับ มีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงร้อยละ 60 เมื่อควบคุมอิทธิพลของความเชื่อต่อการกินยาด้านอื่นๆ แล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R_2 = 37.7$, $p < .05$) ส่วนความเชื่อต่อการกินยา ด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา

วารี จตุรภัทรพงศ์ และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2556) ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน เพื่อศึกษาผลการจัดการด้านยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในแง่ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์ โดยการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับการจัดการด้านยา โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล จำนวน 126 ราย ไม่เคยพบเกสัชกร ศึกษาจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และสัมภาษณ์ผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการจัดการด้านยา ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า หลังได้รับการจัดการด้านยา เดือนที่ 6 ผู้ป่วยมีค่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลง จำนวนปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยต่อคนลดลงจาก 2 ปัญหาเหลือ 0.9 ปัญหา และคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป: การจัดการด้านยาโดยเภสัชกรสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีผลลัพธ์ทาง

คลินิกที่ดีขึ้น ทั้งระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือด และปัญหาจากการใช้ยา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตจากการใช้ยา

สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และ ปราวณี คำจันทร์ (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง และอำนาจในการทำนายของพฤติกรรมมารับประทานยาจากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน โดยศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย จากการใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมมารับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงแต่ละฉบับ เท่ากับ 0.83, 0.71, 0.72 และ 0.79 ตามลำดับ และผลจากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา อยู่ในระดับ มาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อศึกษาหาสมการทำนาย พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง และทิพาพร กาญจนราช (2554) ศึกษาเรื่องปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อสำรวจปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์ พบว่า ปัญหาการใช้ยาที่พบมากคือ การลืมรับประทานยา รับประทานยาผิดเวลา ความเครียด/กังวล หลงลืมเพราะชรา เกียยารวมกันไว้กับคู่สมรส และขาดคนคอยดูแล มีการปฏิบัติตนหลังการลืมยา ได้แก่ รับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้ รับประทานยากับยามื้อถัดไป งดรับประทานยามื้อนั้นเลย รวมทั้งเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่าในมื้อถัดมา และไม่ทราบรายละเอียดอื่นๆเกี่ยวกับยาที่ใช้ สรุปปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจาก ภาระงานที่ต้องทำ ชรา เกียยารวมกันไว้กับคู่สมรส ขาดคนคอยเตือน และไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ใช้

Sirey., Greenfield., Weinberger. & Bruce. (2013) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาและความร่วมมือการรายงานด้วยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางจิตวิทยาการ ความเจ็บป่วย และอุปสรรค ต่อความร่วมมือในการกินยาจากรายงานของผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาในผู้สูงอายุ 299 ราย โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วยแบบวัด Morisky medication adherence scale และอุปสรรคหรือความกังวลโดยดูจากคะแนนความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ (ความจำเป็นและความกังวลในการใช้ยา) ส่วนอุปสรรคด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจโดยรวมของความรู้ ความสามารถทางการแพทย์ ภาวะซึมเศร้า และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ จำนวนยา ความ

ยุ่งยากการจัดยา และค่าใช้จ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาหลายชนิดในแต่ละวัน และมีปัญหาอย่างน้อย 1 ข้อเกี่ยวกับความกังวลการใช้ยาของคะแนนความเสี่ยง/การได้รับประโยชน์ต่ำ จากปัญหาการใช้ยา ทำให้ไม่ร่วมมือ

Horne, Chapman, Parham, Freemantle & Forbes (2013) การทำความเข้าใจระหว่างความเชื่อกับความร่วมมือของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคเรื้อรัง: การทบทวนวรรณกรรมในลักษณะ Meta-analysis ในกรอบของแนวคิดด้านความจำเป็น และความกังวล เพื่อประเมินการนำไปใช้ประโยชน์ของกรอบความจำเป็นและความกังวล สำหรับอธิบายความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยการศึกษาจาก EMBASE, Medline, PsycInfo, CDSR/DARE/CCT and CINAHL จากมกราคม 2542 ถึง เมษายน 2556 โดยรวบรวมข้อมูลจากบทความที่เกี่ยวข้อง กับการศึกษาที่ใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา (BMQ) สำหรับตรวจสอบการรับรู้จำเป็นส่วนบุคคลเกี่ยวกับยา และความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยา ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาสูงกว่า และความกังวลผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดลง ซึ่งจะแตกต่างกันตามขนาดของการศึกษา

Porteous., Francis., Bond. & Hannaford. (2010) ความมั่นคงของความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา: ผลกระทบของการเพิ่มประสิทธิภาพความร่วมมือ ดำเนินการสำรวจโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา โดยใช้แบบสอบถาม BMQ-General ให้ตอบสองครั้ง ห่างกัน 4 ปี และนำคะแนนมาเปรียบเทียบกัน และเก็บจาก 3 กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรค ได้แก่ ดีขึ้น แย่ลง และไม่เปลี่ยนแปลง นำคะแนนมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าคะแนน BMQ-General ในระยะเวลาที่เปลี่ยนค่าคะแนนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wang, Lau, Loo, Chow, & Thompson. (2014) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้านชุมชนชาวจีนผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุ 382 รายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากศูนย์สุขภาพ 6 แห่ง ในมาเก๊า ด้วยการวัดด้วยตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา มี 4 รายการ คือ ความกลัว การออกกำลังกาย และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญในการปรับขนาดยา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ($b = .118, p = .017$), มีระดับการศึกษาต่ำ ($b = .128, p = .01$) ผู้ที่มีโรคมามากกว่า 1 โรค ($b = .120, p = .015$) การใช้ยาในระยะเวลาสั้น ($b = .221, p = .001$) และผู้ที่มีการดูแลตนเองในระดับสูง ($b = .188, p = .001$) มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรับประทานยา

Chapman, Horne, Chater, Hukins, & Smithson (2014) การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยากันชัก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคลมชักในการดูแลระดับปฏิกิริยา สหราชอาณาจักร การศึกษานี้เพื่อประเมินการใช้ประโยชน์เพื่อเข้าใจความเข้าใจพื้นฐานของการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อการใช้ยากันชักและความร่วมมือ จากผู้ป่วยชักทั่วไป โดยใช้แบบสอบถาม BMQ ในการประเมิน พบว่า ศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยากันชักจำนวน 398 คน ส่วนใหญ่ยอมรับการรับรู้ความจำเป็นในการใช้ยากันชัก (84.9%) แต่ก็มีบางส่วนที่ยังไม่แน่ใจ และมากกว่าหนึ่งในสาม (36.4%) แสดงว่ามีความกังวลใจเกี่ยวกับผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากยากันชัก จากการหาความสัมพันธ์ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ทิศนคติต่อการกินยากันชักมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาทั่วไป ได้แก่ ด้านอันตรายจากการกินยา และการใช้ยามากเกินไป และการรับรู้ต่อความรู้สึกการใช้ยา

Ruppar, Dobbels, & Geest (2012) ความเชื่อเรื่องการใช้ยาและความร่วมมือต่อยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ: การศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการใช้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะไตล้มเหลว จากความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อ ด้านประชากร ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อการใช้ยา (BMQ) มืองค์ประกอบ ความกังวลเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต พบว่าความกังวลใจเกี่ยวกับยา มีความสัมพันธ์ความกดดัน ความกังวลเกี่ยวกับการพึ่งพาและผลกระทบในระยะยาวจากยา ของการรักษาด้วยยาในระยะเวลานาน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือกับความดันโลหิตสูง

สรุปจากการศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถิติที่ได้มีการสำรวจโดยโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์ในปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยสาเหตุจากข้อปฏิบัติของพระสงฆ์ที่กำหนดไว้ในพระธรรมวินัย ทั้งเกี่ยวกับอาหารที่ไม่สามารถปรุงและเลือกเองได้ การออกกำลังกายจากที่สังคมเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงทำให้การออกกำลังกายแตกต่างจากในอดีต ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน มีกล่าวไว้ในองค์การอนามัยโรคไว้ 4 โรคใหญ่ ๆ คือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน การดูแลรักษาโรคต่าง ๆ นี้ต้องมีการบูรณาการกันในแต่ละส่วน ได้แก่ ระบบสุขภาพ การออกแบบระบบบริการที่ประสานงานการดำเนินการอย่างครอบคลุมเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในระยะยาว การสนับสนุนในการตัดสินใจ บุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลทางคลินิก และการสนับสนุนการดูแลตนเอง การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากความแตกต่างของบุคคลและความรุนแรงของโรค ซึ่งมาตรการการกระตุ้นเพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการกินยานั้น จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ 1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรศึกษา คือ พระสงฆ์อาพาธผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ใน 2 กลุ่มโรค คือ 1) โรคเบาหวาน จำนวน 1,454 ราย 2) โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,998 ราย รวม 3,452 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560

1.2.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G Power สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.95 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) 0.19 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 คน

1.2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 2) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคเดียวกัน อย่างน้อย 2 ครั้ง
- 3) สามารถสื่อสารได้ดี
- 4) ยินยอมในการให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสอบถามจากผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ของ ยศพล เหลืองโสมนภา ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medicines questionnaire; BMQ) ของ ฮอร์นและคณะ (Horne et al., 1997)

2.1.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) มี 2 ด้าน คือ

- 1) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific -Necessity) จำนวน 5 ข้อ
- 2) ด้านความกังวลจากการกินยา (Specific - concern) จำนวน 5 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) มี 2 ด้าน

- 3) ด้านการใช้ยามากเกินไป (General-overuse) จำนวน 4 ข้อ
- 4) ด้านอันตรายจากการกิน (General - harm) จำนวน 4 ข้อ

2.1.2 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งสิ้นรวม 18 ข้อคำถามใน ข้อคำถามเชิงบวกเท่ากับ 5-1 แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ระดับคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	หมายถึง ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ระดับคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ระดับคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ระดับคะแนนเท่ากับ 1

2.1.3 คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลข้อมูล แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาพิจารณาจุดตัดที่ระดับคะแนน 59 คะแนน คือ

ระหว่าง	60 - 90	คะแนน	หมายถึงระดับ	เหมาะสมมาก
น้อยกว่าหรือเท่ากับ	59	คะแนน	หมายถึงระดับ	ไม่เหมาะสม

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ และรุ่งนภา เขียวช่อ (2557) ได้วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถามต้นฉบับของฮอร์น โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเอช ไอ วี และ โรคเบาหวาน จำนวน 500 ราย พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และ องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความกังวลจากการกินยา 3) การใช้ยามากเกินไป และ 4) อันตรายจากการกินยา สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในประเทศไทยได้ต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา กับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ศิริชัย กาญจนาวสี, 2556) ได้ เท่ากับ 0.798

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเป็นการรักษาความลับและไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทางจริยธรรม โดยดำเนินการดังนี้

3.1 ทำบันทึกจากผู้วิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยทำบันทึกผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อพิจารณาเครื่องมือการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจากแพทย์ผู้ช่วย และคัดเลือกรวมตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบการคัดกรอง เจาะเลือด และอยู่ระหว่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลของแบบสอบถาม และวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบในสถานที่จัดไว้ให้ โดยผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในแบบสอบถามจะสามารถให้ข้อมูลได้ทันที

3.5 ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มผู้ป่วย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ผู้วิจัยจะให้ญาติอ่านให้ฟังหรือถ้าไม่มีญาติ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง

3.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วนจะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทำวิจัยนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทราบลักษณะของข้อมูล และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงบรรยาย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum)

4.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

กำหนดค่าระดับของความสัมพันธ์ (Rule of thumb for interpreting the size of a correlation coefficient) (Hinkle, Wiersma, & Jurs. 2003) ดังนี้

.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันใน	ระดับสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันใน	ระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันใน	ระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันใน	ระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันใน	ระดับต่ำมาก

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเป็นการรักษาความลับและไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทางจริยธรรม โดยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยทำบันทึกผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อพิจารณาเครื่องมือการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

5.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อพิจารณาเครื่องมือการวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

5.3 ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

5.3.1 ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารได้รับการรับรองทางจริยธรรมเลขที่ 49/2559

5.3.2 ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ รับรองเลขที่ 1/2560

5.3.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยมีการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล การตัดสินใจในการให้ข้อมูล และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่นำเสนอข้อมูลที่ระบุเฉพาะเจาะจงถึงตัวบุคคล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด

บทที่ 4

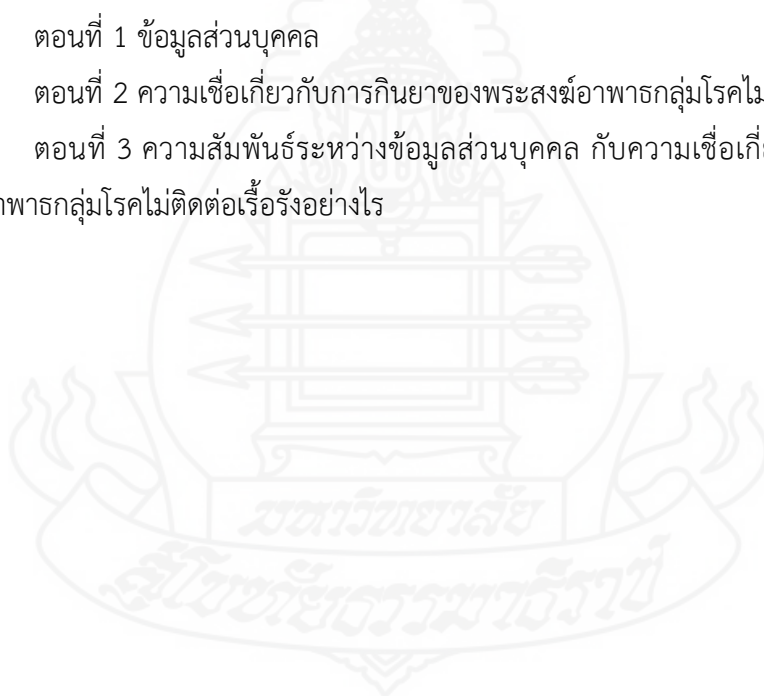
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ 1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลด้วยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ในเวลาตั้งแต่ในวันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 มีรายละเอียดผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร



ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 370)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 – 40	33	8.90
41 – 60	148	40.00
อายุมากกว่า 60	189	51.10
อายุต่ำสุด = 25 ปี , อายุสูงสุด = 89 ปี , อายุเฉลี่ย = 59.02 ปี S.D. 12.33		
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	172	46.50
ภาคกลาง	82	22.20
ภาคเหนือ	34	9.20
ภาคใต้	22	5.90
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	11.40
ภาคตะวันออก	18	4.90
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษาในระบบ	3	0.80
ประถมศึกษา	148	40.00
มัธยมศึกษา	113	30.50
อนุปริญญา	25	6.80
ปริญญาตรี	54	14.60
สูงกว่าปริญญาตรี	27	7.30
การวินิจฉัยโรคเรื้อรัง		
โรคเบาหวาน	99	26.80
โรคความดันโลหิตสูง	179	48.40
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	92	24.90

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาอาพาธด้วยโรคเรื้อรัง		
น้อยกว่า 1 ปี	78	21.10
1 – 5 ปี	100	27.00
6 – 10 ปี	126	34.10
มากกว่า 10 ปี	66	17.80
ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 40 ปี, Mean = 7.18, S.D. = 6.14		
จำนวนของยาที่ได้รับ (ชนิด)		
น้อยกว่า 1	11	3.00
1 – 5	225	60.80
6 – 10	110	29.70
มากกว่า 10	24	6.50
ต่ำสุด = 1 ชนิด, สูงสุด = 16 ชนิด, Mean = 5.00, S.D. = 2.92		
การเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา		
เกิด	52	14.10
ไม่เกิด	318	85.90
การปรับยาด้วยตนเอง		
ไม่เคย	275	74.30
เคย	95	25.68
นานๆ ครั้ง	83	87.37
บ่อยครั้ง	7	7.37
ประจำ	5	5.26

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.10 เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.50) มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40 มีระยะเวลาอาพาธด้วยโรคเรื้อรัง 5 – 10 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 34.10 จำนวนของยาที่ได้รับ จำนวน 1-5 ชนิด มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.80 และร้อยละ 85.90 ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 74.30 ระบุว่าไม่เคยปรับยาด้วยตนเอง

ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.2 แสดงระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(n = 370)

ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เหมาะสม	≤ 59	208	56.20
ระดับเหมาะสมมาก	> 60	162	43.80
ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ต่ำสุด = 26 , สูงสุด = 90 , Mean = 58.82, S.D. = 11.40			

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนรวม 18 – 90 คะแนน การแบ่งกลุ่มความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจะพิจารณาจากจุดตัดที่ 59 คะแนน ความเชื่อในการกินยาในระดับไม่เหมาะสมจะมีคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 คะแนน และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในระดับเหมาะสมมากจะมีคะแนนที่ 60 – 90 คะแนน จากการสำรวจ พบว่า พระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในระดับไม่เหมาะสม จำนวน 208 ราย คิดเป็น ร้อยละ 56.20 และเกือบครึ่งมีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระดับเหมาะสมมาก จำนวน 162 ราย คิดเป็น ร้อยละ 43.80 มีคะแนนเฉลี่ย 58.82 (S.D. = 11.40)

ตารางที่ 4.3 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพิจารณาเป็นรายด้าน (n = 370)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	Min-Max Range	M	S.D.
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific)			
การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific-necessity)	8-25	21.00	3.63
ความกังวลจากการกินยา (Specific-concern)	5-25	14.42	5.18
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general)			
การใชยามากเกินไป (General-Overuse)	4-20	12.65	3.73
อันตรายจากการกินยา (General-harm)	4-20	10.74	3.87
คะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	26-90	58.82	11.40

จากตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พบว่า อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 58.82 ± 11.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific-necessity) มีความคิดเห็นในระดับเหมาะสมมาก ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 21 ± 3.63 และด้านความกังวลจากการกินยา (Specific-concern) มีความคิดเห็นระดับเหมาะสม ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 14.42 ± 5.18 และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) คือ ด้านการใช้ยามากเกินไป (General-overuse) มีความคิดเห็นระดับเหมาะสม ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 12.65 ± 3.73 และด้านอันตรายจากการกินยา (General-harm) มีความคิดเห็นระดับเหมาะสม ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 10.74 ± 3.87

ตารางที่ 4.4 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พิจารณารายข้อ (n = 370)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	M	S.D.	ระดับ
1. ในวันข้างหน้า สุขภาพของฉันจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับ การกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง	4.33	.88	มาก
2. สุขภาพของฉันทุกวันนี้ ขึ้นอยู่กับกรกินยารักษาโรคตามที่ แพทย์สั่ง	4.28	.87	มาก
3. ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้ ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรค ตามที่แพทย์สั่ง	3.85	1.20	มาก
4. ฉันคงเจ็บป่วยมากไปกว่านี้ ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรคตามที่ แพทย์สั่ง	4.21	.96	มาก
5. ยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ช่วยป้องกันไม่ให้ฉัน มีอาการของโรคที่แยกลง	4.33	.80	มาก
6. ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยารักษาโรคที่ฉันเป็นอยู่ตามที่ แพทย์สั่ง	3.08	1.39	ปานกลาง
7. บางครั้ง ฉันกังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาวของยารักษา โรคที่ฉันกินอยู่ ตามที่แพทย์สั่ง	3.28	1.35	ปานกลาง
8. บางครั้ง ฉันกังวลว่า ฉันพึ่งพายารักษาโรคที่กินอยู่ ตามที่ แพทย์สั่งมากเกินไป	3.13	1.33	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	M	S.D.	ระดับ
9. ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง	2.59	1.30	ปานกลาง
10. การกินยารักษาโรคที่เป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตของฉัน	2.35	1.27	น้อย
11. ในระหว่างที่แพทย์ตรวจคนไข้ฉัน ฉันคิดว่าถ้าแพทย์ใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยนานกว่าที่เป็นอยู่ จะทำให้แพทย์รู้ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยมากขึ้น และน่าจะลดการใช้ยารักษาผู้ป่วยลงได้	3.80	1.29	มาก
12. ฉันคิดว่า แพทย์สั่งยารักษาผู้ป่วยมากเกินไป	2.65	1.27	ปานกลาง
13. ฉันคิดว่าแพทย์ไว้วางใจหรือให้ความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป	3.06	1.35	ปานกลาง
14. ฉันคิดว่า การบำบัดโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิถีทางธรรมชาติ มีความปลอดภัยมากกว่าการกินยาที่แพทย์สั่ง	3.15	1.35	ปานกลาง
15. ฉันคิดว่ายาที่แพทย์สั่งส่วนใหญ่ เมื่อกินแล้วจะติดได้	2.51	1.23	ปานกลาง
16. ฉันคิดว่า การกินยาตามที่แพทย์สั่งจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดีต่อร่างกาย	2.41	1.26	น้อย
17. ฉันคิดว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ควรหยุดกินยาเองบ้างเป็นครั้งคราว	2.59	1.33	ปานกลาง
18. ฉันคิดว่า ยาทุกชนิด มักมีความเป็นพิษอยู่ในตัวมันเอง	3.23	1.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) คือ การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในอนาคตจะขึ้นอยู่กับยาที่ต้องกิน และ ยาที่กินนั้นจะช่วยป้องกันตัวเองจากอาการของโรคที่เลวร้ายได้ ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 4.33 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ และความกังวลจากการกินยา ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นระดับเห็นด้วยเกี่ยวกับ บางครั้งฉันกังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาวของยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ที่ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 4.28 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35 ส่วนกลุ่มความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) คือ การใช้ยามากเกินไป ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นระดับเห็นด้วยเกี่ยวกับ ถ้าแพทย์มีเวลาคุยกับผู้ป่วยมากกว่านี้ก็จะทำให้สั่งยาให้ผู้ป่วยได้ลดลง ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 3.80 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 และอันตรายจากการกินยา ส่วนใหญ่ ฉันคิดว่ายาทุกชนิดมักมีความเป็นพิษอยู่ในตัวมันเอง ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย 3.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของ พระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนยาที่ฉัน และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของสเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) ปรากฏผล ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=370)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.00					
2. ระดับการศึกษา	-.17**	1.00				
3. ระยะเวลาอาพาธ	.29**	-.09	1.00			
4. จำนวนของยาที่ได้รับ	.26**	.07	.31**	1.00		
5. อาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา	.04	.11*	.02	.12*	1.00	
6. ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ)	.01	.11*	-.12*	.10	.13*	1.00

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ระดับการศึกษา และอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ในระดับต่ำมาก ($r = .11$ และ $.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ส่วนระยะเวลาอาพาธ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ในระดับต่ำมาก ($r = -.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ส่วนตัวแปร อายุ ภูมิลำเนา และจำนวนของยาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation study) โดยผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ 1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์

1.1.1 เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์

1.1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 สมมติฐานในการวิจัย

อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา โรค ระยะเวลาอาพาธ จำนวนยาที่ได้รับ การเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา และการปรับยาด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.3 การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่เข้ารับการรักษานอกแผนผู้ป่วยนอก จำนวน 370 ราย ใน 2 กลุ่มโรค

คือ 1) โรคเบาหวาน จำนวน 99 ราย และ 2) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 179 ราย 3) โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 92 ราย ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา กรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการมองเห็นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความให้ฟัง

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสอบถามจากผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ของยศพล เหลืองโสมนภา ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medicines questionnaire; BMQ) ของ ฮอร์นและคณะ (Horne et al., 1997) ดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific -Necessity) มีจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความกังวลจากการกินยา (Specific -concern) มีจำนวน 5 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) มี 2 ด้าน คือ 3) ด้านการใช้ยามากเกินไป (General-overuse) มีจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านอันตรายจากการกินยา (General - harm) มีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อความทั้งเชิงบวกทั้งสิ้นรวม 18 ข้อ คำถามในข้อความเชิงบวกเท่ากับ 5-1 คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 18-90 คะแนน ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.798

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้ดำเนินการผ่านการพิจารณาแบบสอบถามจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.5.1 สํารวจรายชื่อพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจากเพิ่มผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

1.5.2 เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด ภายหลังจากผู้ป่วยผ่านระบบการคัดกรอง เจาะเลือด และอยู่ระหว่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

1.5.3 ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มผู้ป่วย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้วยตนเอง กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ผู้วิจัยจะให้ญาติอ่านให้ฟัง ถ้าไม่มีญาติผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง

1.5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล 2 ขั้นตอน คือ

1.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

1.6.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

1.7 ผลการวิจัย

1.7.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ เป็นพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.4 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.1 ภูมิลำเนา ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ร้อยละ 46.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 มีระยะเวลาอาพาธ 5 – 10 ปี ร้อยละ 34.1 มีจำนวนชนิดของยาที่ฉันทจำนวน 1-5 ชนิด ร้อยละ 60.8 ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 85.9 และด้านพฤติกรรมกรรมการปรับยาไม่เคยปรับยาด้วยตนเอง ร้อยละ 74.3

1.7.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อพิจารณาจัดแบ่งกลุ่มตามระดับความเชื่อ โดยใช้เกณฑ์คะแนน 68 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คะแนน 47 – 68 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 47 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม จากการสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในระดับเหมาะสมปานกลาง จำนวน 249 ราย คิดเป็น ร้อยละ 67.30 และรองลงมาคือความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระดับเหมาะสมมาก จำนวน 70 ราย คิดเป็น ร้อยละ 18.90 ส่วนผู้มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาไม่เหมาะสม พบว่า มีจำนวน 51 ราย คิดเป็น ร้อยละ 13.8 และมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเฉลี่ย 58.82 (S.D. = 11.40)

2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค ระยะเวลาอาหาร จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของพระสงฆ์ คือ ระดับการศึกษา และอาการไม่สบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ในระดับต่ำมาก ($r = .11$ และ $.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ส่วนระยะเวลาอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ในระดับต่ำมาก ($r = -.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ส่วนตัวแปร อายุ ภูมิภาค และจำนวนของยาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

2.1 การศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อในการกินยามีระดับการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และรองลงมามีการใช้ยาระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) มีความคิดเห็นระดับด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific – necessity) ด้านความกังวลจากการกินยา (specific-concern) และความเชื่อเกี่ยวกับกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) ในด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overdose) ด้านอันตรายจากการกินยา (general-harm) มีความคิดเห็นในระดับเหมาะสม คือ ($M = 21, S.D. = 3.628$), ($M = 14.42, S.D. = 5.175$), ($M = 12.65, S.D. = 3.732$) และ ($M = 10.74, S.D. = 3.874$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horne et al. (2013) พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาสูงกว่า และความกังวลผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดลง เช่นเดียวกับของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2554) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างบ้างจากการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา (2556) พบว่า มีคะแนนค่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ต่อการกินยามีค่า เท่ากับ 20.98 ± 3.48 , 14.50 ± 4.36 , 13.20 ± 2.71 และ 11.46

± 3.78 ตามลำดับ และ ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการตนเองจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา

สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาส่วนใหญ่มีความความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับข้อเสียและอุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย เมื่อศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นพระสงฆ์จะพบว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล (2558) ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตภาคเหนือตอนบนประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มี 3 ปัจจัย คือ 1) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม 2) ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเป็นอิทธิพลทางอ้อม และปัจจัยที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

2.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหารโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า

2.2.1 ระดับการศึกษาของพระสงฆ์อาหาร กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ในระดับต่ำมาก ($r = .11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ว่าอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาหาร จำนวนยาที่ฉับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหารโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค ความสำคัญของการกินยาที่มีผลต่อการควบคุมโรคจึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาว่าจะทำให้โรคหายหรือควบคุมอาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ALHewiti (2014) ศึกษาความร่วมมือของการรักษาในโรคที่รักษาเรื้อรังยาวนานและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนชนิดของยามีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เช่นเดียวกับ คเชนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ รายได้ จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน จำนวนยาเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับ มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับของ Wang, Lau, Loo, Chow, & Thompson (2014) ความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชาวจีน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะคนจีนส่วนใหญ่จะนับถือผู้ที่เป็นแพทย์ว่ามีความรู้มากเมื่อให้ทำอะไรก็จะเชื่อฟังอย่างดี แต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพราะ สมบัติ เหลืองโสมนภา และ

ยุพารธร เสือเผ่า (2556) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และของธนภฤต มงคลชัยภักดิ์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์ และอลิศรา แสงวิรุณ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และของจิตชนก ลีทวิสุข และคณะ (2557) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงใหม่ ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

2.2.2 การเกิดอาการไม่สุขสบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ในระดับต่ำมาก ($r = .13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 4.1 ที่ว่าอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาหาร จำนวนยาที่ฉับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหารโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจเกิดจากการที่เมื่อผู้ป่วยใช้ยาในครั้งแรกแล้วมีอาการไม่สุขสบายจึงมีความรู้สึกไม่อยากใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ สุมาลี วัจนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสืบค้นข้อมูลในส่วนของผลหรือการเกิดอาการไม่สุขสบายไม่พบมีผู้ศึกษาโดยตรงว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอย่างไร

2.1.3 ระยะเวลาอาหารของพระสงฆ์อาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ($r = -.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1 ว่าอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาหาร จำนวนยาที่ฉับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาหาร โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เมื่อผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานจะเกิดความเบื่อหน่ายและท้อถอย มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในระดับต่ำ ส่วนกลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในระดับสูง เพราะมีความเชื่อในยาว่าจะช่วยเหลือให้หายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คเชนทร์ ชนะชัย (2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อำเภอ น้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ ธนภฤต มงคลชัยภักดิ์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์ และอลิศรา แสงวิรุณ (2558) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับ ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์ ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ สุปรียา ต้นสกุล และ พิศาล ชุ่มชื่น (2557) ศึกษาความรู้

และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างของความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา และของ ALHewiti (2014) ศึกษาความร่วมมือของการรักษาในระยะยาวนานและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

2.1.4 ส่วนอายุ และจำนวนยาที่ได้รับ ของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1 ที่ว่าอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนยาที่ฉับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา ต่อ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วง 6-10 ปี จะมีความเชื่อถือต่อแพทย์สูงเมื่อแพทย์จ่ายยาให้จะปฏิบัติตามโดยไม่มีการต่อรอง และจำนวนยาที่ฉับ ส่วนใหญ่ 1-5 ชนิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศพล เหลืองโสมนภา สากร พร้อมเพราะ สมบัติ เหลืองโสมนภา และยุพาทธ เสือเต่า (2556) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง พบว่า จำนวนยาที่รับประทานมีความสัมพันธ์กับความ ร่วมมือในการกินยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.144$) และของ คเชนทร์ ชนะชัย (2558) ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า จำนวนยาเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และของ จิตชนก ลีทวีสุข และคณะ (2557) พฤติกรรมการใช้ ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอมือง จังหวัดตาก พบว่า จำนวน ชนิดยาที่ใช้ต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับของ Ruppap, Dobbels, & Geest (2012) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาและ ความร่วมมือการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา พบว่า จำนวนยาที่ได้รับมี ความสัมพันธ์กับความเชื่อและความร่วมมือในการกินยา

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การนำข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาไปใช้ในการบริหารจัดการ การจัดโปรแกรมการสร้างความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1.2 ควรนำผลของการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่พระสงฆ์ อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

3.1.3 นำผลไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาปัจจัยที่ใช้ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังๆ เพื่อประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล และคุณภาพของการพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธและฆราวาส ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2.2 ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาจากความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2.3 ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ วัณโรค มะเร็ง เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการกระบวนการบริหารจัดการพระสงฆ์อาพาธต่อไป





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บรรณานุกรม

- คเชนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลือ อําเภอน้ำเกลือ จังหวัดศรีสะเกษ. *Research and Development Health system journal*. 8(2). P. 287-291.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคไม่ติดต่อ). (2556). *แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลธิชา เรียงคำ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อัครเดช เกตุฉํ้า และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2559). *ความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(4), 35-46.
- จิตชนก ลีทวิสุข และคณะ. (2557). *ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงทอง ตำบลระแหง อําเภอเมือง จังหวัดตาก. คัดสำเนา*.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนภุต มงคลชัยภักดี, สุชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์ และอลิศรา แสงวิรุณ. (2558). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. Thai Journal of Pharmacy Practice*. 7 (1).
- เนติมา คูณีย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ศรีประสงค์ และยงชัย นิละนนท์. (2557). *ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 41(2), 61-71.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). *ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). วารสารไทยไกลชัยนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์)*. ปีที่ 7 เดือนมกราคม-ธันวาคม 2555.

- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 30(1), 113-126.
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2558). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 21(1).
- ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. (รายงานการวิจัย). พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา.
- ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, สุปรียา ต้นสกุล และพิศาล ชุ่มชื่น. (2557). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*. 1(1).
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทুমวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 8(1). (16-26)
- ผาณิต หลีเจริญ. (2556). การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23 (3), 1-11.
- พระภุชงค์ หอมแก้ว. (2557). *พระสงฆ์กับการเมืองไทย: หน้าที่ของพระสงฆ์*. ค้นจาก http://www.baanjomyut.com/library_2/buddhist_monks_in_thai_politics/01.html วันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2559.
- พระปิยะมโ. (2553). *การดูแลสุขภาพในพระไตรปิฎก*. ค้นจาก <http://oknation.nationtv.tv/blog/wisdomage/> วันที่ 23 ธันวาคม 2559.
- พระมหาจรรยา สุทธิญาณ. (2543). *พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาแบบองค์รวม*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พระมหาธานี นันทวิสาร. (2540). *บทบาทของพระสงฆ์กับการรักษาสุขภาพ: กรณีศึกษาพระครูจันทคุณวัฒน์ วัดนาวน ตำบลบางเต็ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และ ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(4), 91-102.

- พิณทิรา ตันเถียร. (2552). อุปนิสัยการใช้จ่ายเงินของคนไทย. *Journal of Hematology and Transfusion Medicine*. 19(4).
- มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มดิชน. (2559). *เผย 5 โรคที่ “พระสงฆ์ไทยเกินครึ่ง” อาพาธ! ญาติโยมมีส่วนตักบาตรไม่ถาม*
(สุขภาพ) พระ. 14 กรกฎาคม 2559. <https://www.matichon.co.th/news/212144>
- โมลี วนิชสุวรรณ. (2551). สภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17 (6).
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา และยุพาธร เสือเฒ่า. (2556).
อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงในระดับสูง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล*
พระปกเกล้า. 30 (2).
- ยศพล เหลืองโสมนภา, ปาลีรัญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์ และ ลลิตา เดชาวุธ. (2557). ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา:
แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล*
พระปกเกล้า จันทบุรี. 25 (2).
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, ปาลีรัญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์, รุ่งนภา
เจียวชะอำ และวารุณี สุวรรณกุล. (2557). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย*
ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 31 (4).
- เยาวภา ตีอัฐสุวรรณ. (2557). *พัฒนาการของมนุษย์และสุขภาพ:แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบ*
สุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๕๔*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- โรชนี อุปรา และ ทักษิภา ชัชรรัตน์. (2559). โรคเรื้อรัง: ผลกระทบต่อสุขภาพพระสงฆ์และแนว
ทางการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*. 17 (3).
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2551). *รายงานผลโครงการการตรวจสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์-*
สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวม 2549-2550 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล
สงฆ์. อัดสำเนา.
- _____. (2558). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี โรงพยาบาลสงฆ์ ปี 2554-2556*. กรุงเทพฯ:
โรงพยาบาลสงฆ์. อัดสำเนา.

- วารี จตุรภัทรพงศ์ และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2556). ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 8(4).
- วิชิต เปานิล. (2546). *พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย*. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. อัดสำเนา.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2550). ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยา: คอลัมน์ การใช้ยาพอเพียง. *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. ปีที่ 2550 (342).
- วิสุทธิ บุญญะโสภิต, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และวิภาดา คุณาวิกติกุล. (2556). *ระบบสุขภาพและการบริการ: การจัดการระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศนิกันต์ ศรีมณี, ธนิตา มัททวงกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, กุลธิดา จันทรเจริญ, เนตร หงส์ไกรเลิศ และนารี รมย์นุกุล. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร*. สำเนารายงานการวิจัย.
- ศิริชัย กาญจนาวสี. (2556). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ*. Retrived from <https://nha2012.samatcha.org/content/>
- สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์ และสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการบริหารยาในช่วงเดือนรอมฎอน*. Retrived from http://www.pharmacyring.com/download/drug_ramadan_pdf.
- สมจิต หนูเจริญกุล และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2559). *สัมมนาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล: การจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2559*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- _____. (2552). *รายงานผลการประเมิน โครงการสำนักโรคไม่ติดต่อภายใต้โครงการเสริมสร้างมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพศิริราชชีวิตไทย ประจำปีงบประมาณ 2552*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2560). *กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง*. Retrived from <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-84+NCDs.html>.

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒*. นนทบุรี: วิกี.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *เลือกอาหารสุขภาพ ถวายพระสงฆ์ ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กระทรวงสาธารณสุข.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- สุจิตรา ชันติยานันท์และคณะ. (2553). คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์. *สำเนารายงานการวิจัย*.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2559). *โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรทั่วไทย*. สำนักงานสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณี คำจันทร์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26 (6).
- สุมนี วัชรสินธุ์ และคณะ. (2559). *คู่มือการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2559*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารสุขศึกษา*. 30(105).
- หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญญา ศรีหรั่ง และทิพาพร กาญจนราช. (2554). *ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2554.
- อรรณเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). การเฝ้าระวังเหตุการณ์สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารควบคุมโรค*. 42 (1).
- ALHewiti A. (2014). Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. *Hindawi Publishing corporation international journal of family medicine*. Vol 2014.
- Becker MH. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*.
- Becker M.H. & Maiman L.A (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological Theory. *Health Education Monographs*. Vol. 2 (4).

- Chapman S.C.E., Horne R., Chater A., Hukins D., & Smithson W.H.. (2014). Patients' perspectives on antiepileptic medication: Relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy & Behavior*. Vol 31.
- DMH staffs. (2550). บทความวิชาการ “ความเครียด”. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1042>.
- Hinkle D.E., Wiersma W., & Jurs S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th edition. Copyright 2003.
- Horne R.. (1997). *Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement*. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. London: Harwood Academic; p. 155-88.
- Horne R. & Weinman J.. (2002). Self-Regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*. 17 (1).
- Horne R. & Weinman J.. (1998). *Predicting Treatment Adherence: Adherence to Treatment in Medical conditions*. Harwood Academic Publishers imprint.
- Horne, R., Chapman, S.C.E., Parham, R., Freemantle, N. & Forbes, A.. (2013). *Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework*. *Medicine Adherence and Beliefs*. @PLOS one www.plosone.org. Retrieved from <http://www.plosone.org/>.
- Kucukarslan S.N.. (2012). *A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions*. *ScienceDirect Research in Social and Administrative Pharmacy*. 8, 371–382.
- Leventhal H., Brissette I., & Leventhal E.A..(2003). *The common-sense model of self-regulation of health and illness; The self-regulation of health and illness behavior*. New York. Routledge.

- Leventhal, H., Diefenbach, M. and Leventhal, E.A.. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
doi:10.1007/BF01173486.
- Lubkin I.M & Larsen P.D.. (2013) *Chronic Illness Impact and Intervention*. Edition 8. United states of America. Jones & Bartlett Learning.
- Porteous T., Francis J., Bond C. & Hannaford P.. (2010). *Temporal stability of beliefs about medicines: implications for optimising adherence*. Online at www.sciencedirect.com Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/>.
- Rujisatian, N. (2009). *The relationship of illness representations and beliefs about medications to adherence to oral hypoglycemic medications in persons with type 2 diabetes*. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Ruppar T.M., Dobbels F., Geest S.D.. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: A Pilot study. *Geriatric Nursing*. 33 (2).
- Sirey J.A., Greenfield A., Weinberger M.I. & Bruce M.L. (2013). Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adult. *Clinical therapeutic*. 35(2).
- OnLine surveys, (2017). *Raosoft Sample size calculator*. Retrieved from <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.
- Wang W., Lau Y., Loo A., Chow A., & Thompson D.R.. (2014). *Medication adherence and its associated factors among chinese community-dwelling older adults with hypertension*. *Heart & Lung*. 43; 278-283.
- World Health Organization. (2017). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> June 2017.
- Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. *Effective Clinical Practice*; 1: 2-4.
- Wang W., Lau Y., Loo A., Chow A., & Thompson D.R.. (2014). Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart & Lung*. 43 (278-283).



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก
เอกสารการดำเนินงานต่างๆ



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ 49

ชื่อโครงการวิจัย ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาในพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2565100233

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวเรณู ขวัญยืน

ที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
204/3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา มทาวชิราลงกรณ์ ถนนสีรินธร
แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข*

(อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล*

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 26 ธันวาคม 2559



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400
โทร. 0-2354-4310 ต่อ 5429,5433 โทรสาร 0-2354-4287 0-2354-4306

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

เลขที่1...../2560

ชื่อโครงการ การบริหารตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาหารกลุ่มโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวเรณู ขวัญเย็น

หน่วยงาน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เชิงรุก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ที่	รายนาม	ตำแหน่ง	คณะกรรมการ	ลงนาม
1.	นางไพรัตน์ แสงดิษฐ์	รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจวิชาการ	ประธานกรรมการ	
2.	นางสาวนุชจรี พงษ์นริศร	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
3.	นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
4.	นางศุภฎี ไทญ์เรืองศรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
5.	นายวัฒนพล ดิ่งช้วยกุล บัวแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
6.	นายสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ และเลขานุการ	

ที่ศธ 0522.26/1769



กรมการศึกษานโยบายและการแพทย์	โรงพยาบาลสงฆ์
วันที่ 24	วันที่ 4906
1-5 ต.ค. 2560	วันที่ 27 ต.ค. 2559
14.13 น.	เวลา 11.30 น.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

23 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

ด้วย นางสาวเรณู ขวัญเย็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง การบริหารยาตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทัษผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยการตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาในพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์ความเชื่อการใช้ยา โรงพยาบาลสงฆ์ ในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 358 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการ จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

-เพื่อโปรดทราบ

-เห็นควรมอบรองผู้อำนวยการ

ด้านการแพทย์ *ท่านไหนที่ถือไป*

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(นายไพฑูริย์ ฤกษ์นิธิ)
หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป
๒๗ ต.ค. ๒๕๕๙

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทัษผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

*พี่คุณสมใจ
ด้วยตนเอง
คงไว้*

[Signature]

(นางไพรัตน์ แสงฉินฐ)
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- ๒๗ ต.ค. ๒๕๕๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 089 1411086 (นางสาวเรณู ขวัญเย็น)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

[Signature]
(นายไชยยงค์ อรุณสุริยศักดิ์)
๒๗ ต.ค. ๒๕๕๙

ทราบ
โปรดดำเนินการ

[Signature]

(นายสมนึก อร่ามเกียรติจารัง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์
๒๘ ต.ค. ๒๕๕๙

ที่ศธ 0522.26/1759



กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
วันที่ 25
ที่ 5 ส.ค. 2560
เวลา 11.35 น.

โรงพยาบาลสงฆ์
4904
27 ส.ค. 2559
11.30 น.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๒ ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาคั่นควัวอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

ด้วย นางสาวเรณู ขวัญยืน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาคั่นควัวอิสระ เรื่อง การบริหารยาตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือในการศึกษาคั่นควัวอิสระ โดยเป็นการตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาในพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์ความเชื่อการใช้ยา โรงพยาบาลสงฆ์ ศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาคั่นควัวอิสระต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการ จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

-เพื่อโปรดทราบ

-เห็นความชอบรองผู้อำนวยการ
ด้านการแพทย์ ดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพฑูริย์ ฤกษ์นิธิ)
หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป
๒๗ ส.ค. ๒๕๖๐

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(นางไพรัตน์ แสงศิษฏ)
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- ๘ มี.ค. ๒๕๖๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 0891411086 (นางสาวเรณู ขวัญยืน)

สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

(นายไชยงค์ อรุณสุริยศักดิ์)
๒๗ ส.ค. ๒๕๖๐

ทราบ
โปรดดำเนินการ

(นายสมนึก อร่ามเจียรจ่าง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

๒๘ ส.ค. ๒๕๖๐



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๓๖๕๑

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

ด้วย นางสาวเรณู ขวัญยืน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ความเชื่อในการใช้ยาของพระสงฆ์อาพาธโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ นางสาวเรณู ขวัญยืน ใช้เครื่องมือการวิจัย ของ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ซึ่งเป็นแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about Medicines Questionnaire; BMQ) จากงานวิจัยเรื่อง “ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา” เพื่อนำมาพัฒนาใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความเชื่อในการใช้ยาของพระสงฆ์อาพาธโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐, ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖

โทร. ๐๘๙-๑๔๑๑๐๘๖ (นางสาวเรณู ขวัญยืน)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๗๕๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา

ด้วย นางสาวเรณู ขวัญยืน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ความเชื่อในการใช้ยาของพระสงฆ์อาพาธโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ นางสาวเรณู ขวัญยืน ใช้เครื่องมือการวิจัยของท่าน ซึ่งเป็นแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines questionnaire; BMQ) จากงานวิจัยเรื่อง “ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา” เพื่อนำมาพัฒนาใช้ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง ความเชื่อในการใช้ยาของพระสงฆ์อาพาธโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น จะขออนุญาตลงนามท่านในกิตติกรรมประกาศของการศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ และจะจัดส่งผลงานที่สำเร็จแล้วมา ๑ เล่มด้วย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนักศึกษาตามหมายเลขโทรศัพท์ข้างล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐, ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๙๖

โทร. ๐๘๙-๑๔๑๑๐๘๖ (นางสาวเรณู ขวัญยืน)

ที่ สก ๐๒๐๐๑.๐๑๖๖/ พ.๖/๒



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
๑๖๖ ถนนเลียบบน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จันทบุรีจันทบุรี ๒๒๐๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา

อ้างถึง หนังสือสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๗๕๐
ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา ขออนุญาตให้
นางสาวเรณู ขวัญยืน ใช้เครื่องมือการวิจัย ของ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ซึ่งเป็นแบบสอบถามความเชื่อ
เกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about Medicines Questionnaire; BMO) จากงานวิจัยเรื่อง "ความเชื่อเกี่ยวกับ
การกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา" นั้น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ขอแจ้งว่า ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ยินดีให้ใช้
เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายยศพล เหลืองโสมนภา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๓๙๓๒ ๕๗๘๓ ต่อ ๑๓๐๖

โทรสาร ๐ ๓๙๓๓ ๐๐๘๐

E-mail : bcnpk@pi.ac.th



ภาคผนวก ข
เครื่องมือใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

แบบสอบถามเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง เป็นแบบสอบถามที่มีจุดประสงค์เพื่อสอบถามความเชื่อหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ตามแผนการรักษาของแพทย์ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ภูมิลำเนา กรุงเทพฯและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือ
 ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรีระบุ.....
4. โรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
5. ระยะเวลาอาพาธ.....ปี
6. จำนวนชนิดของยาที่ฉีดยา.....ชนิด
7. ระบุชนิดยา.....
.....
8. จำนวนครั้งเกิดอาการจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา.....
9. ท่านเคยปรับยาหรือไม่
 เคย นานๆครั้ง บ่อยครั้ง ประจำ
 ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

เป็นแบบสอบถามที่มีจุดประสงค์เพื่อสอบถามความเชื่อหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ตามแผนการรักษาของแพทย์ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อที่	รายการคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ในวันข้างหน้า สุขภาพของฉันทันจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับการกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					
2	สุขภาพของฉันทันทุกวันนี้ ขึ้นอยู่กับการกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					

ข้อที่	รายการคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3	ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้ ถ้าไม่ได้กินยา รักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					
4	ฉันคงเจ็บป่วยมากไปกว่านี้ ถ้าไม่ได้กินยารักษา โรคตามที่แพทย์สั่ง					
5	ยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ช่วยป้องกันไม่给我มีอาการของโรคที่แยกลง					
6	ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยารักษาโรคที่ฉันเป็นอยู่ ตามที่แพทย์สั่ง					
7	บางครั้ง ฉันกังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาวของยา รักษาโรคที่ฉันกินอยู่ ตามที่แพทย์สั่ง					
8	บางครั้ง ฉันกังวลว่า <u>ฉันพึ่งพายารักษาโรคที่กินอยู่</u> ตามที่แพทย์สั่งมากเกินไป					
9	ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง					
10	การกินยารักษาโรคที่เป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ทำให้ รบกวนการดำเนินชีวิตของฉัน					
11	ในระหว่างที่แพทย์ตรวจคนไข้ฉันนั้น ฉันคิดว่า ถ้า แพทย์ใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยนานกว่าที่เป็นอยู่ จะทำ ให้แพทย์รู้ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยมากขึ้น และน่าจะ ลดการใช้ยารักษาผู้ป่วยลงได้					
12	ฉันคิดว่า แพทย์ สั่งยารักษาผู้ป่วยมากเกินไป					
13	ฉันคิดว่า แพทย์ไว้ใจหรือให้ความสำคัญต่อการ รักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป					
14	ฉันคิดว่า การบำบัดโรคหรือความเจ็บป่วยด้วย วิถีทางธรรมชาติ มีความปลอดภัยมากกว่าการกิน ยาที่แพทย์สั่ง					
15	ฉันคิดว่ายาที่แพทย์สั่งส่วนใหญ่ เมื่อกินแล้วจะติดได้					
16	ฉันคิดว่า การกินยาตามที่แพทย์สั่งจะเกิดผลเสีย มากกว่าผลดีต่อร่างกาย					

ข้อที่	รายการคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17	ฉันคิดว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ควรหยุดกินยาเอง บ้างเป็นครั้งคราว					
18	ฉันคิดว่า ยาทุกชนิด มักมีความเป็นพิษอยู่ในตัวมันเอง					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวเรณู ขวัญยืน
วัน เดือน ปีเกิด	23 ตุลาคม 2508
สถานที่เกิด	อำเภอ บ้านแหลม จังหวัด เพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พิชณุโลก พ.ศ. 2537 วิทยาศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2542 ศีษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวัดและประเมินผล มหาวิทยาลัยรามคำแหง
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ตำแหน่ง	พนักงานมหาวิทยาลัย

