รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

A MODEL OF CARING FOR CHRONIC ILLNESS PATIENTS
BY BUDDHIST INTEGRATION

พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๘

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๘

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ)

A Model of Caring for Chronic Illness Patients by Buddhist Integration

Phrapalad Somchai Payogo (Damnoen)

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of
The Requirement for the Degree of
Doctor of Philosophy
(Buddhist study)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
C.E. 2015

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University and National Research Council of Thailand)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ" เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา

....
(พระมหาสมบูรณ์ วุฑฺฒิกโร,ดร.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ .... ประธานกรรมการ
(พระมหาสมบูรณ์ วุฑฺฒิกโร,ดร.)

.... กรรมการ
(พระสุธีธรรมานุวัตร,ผศ.ดร.)

.... กรรมการ
(พระมหาสุทิตย์ อาภากโร,ดร.)

.... กรรมการ
(ดร.นพ.อุทัย สุดสุข)

.... กรรมการ
(ดร.จุฑามาศ วารีแสงทิพย์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ.ดร.	ประธานกรรมการ
	พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, ดร.	กรรมการ
	ดร.นพ.อุทัย สุดสุข	กรรมการ

ชื่อผู้วิจัย ....
(พระปลัดสมชาย ปโยโค)

ชื่อวิทยานิพนธ์ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ
ผู้วิจัย : พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)
ปริญญา : พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
: พระสุธีธรรมานุวัตร (เทียบ สิริญาโณ), ผศ.ดร., ป.ธ. ๙, M.A. (Pali&Sanskrit), Ph.D. (Pali)
: พระมหาสุทิตย์ อาภากโร (อบอุ่น), ดร.,ป.ธ. ๗, ร.บ., พช.ม., พธ.ด. (พระพุทธศาสนา)
: ดร.นพ.อุทัย สุดสุข พ.บ., ส.ม., D.T.P.H., D.T.M&H., Dr.P.H.
วันสำเร็จการศึกษา : ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ ดังนี้ ๑) เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา และ ๓) เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยที่วิธีการเชิงคุณภาพนั้น ศึกษาแนวคิดและวิธีปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากคัมภีร์พระพุทธศาสนา และการแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับวิธีการเชิงปริมาณได้ใช้การวิจัยเชิงทดลองและได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาจากประชาชนที่มีอายุ ๑๘-๗๐ ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน ๑๐๐ คนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย ชุดธรรมปฏิบัติ ๓ ส ๓ อ ๑ น แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

๑) โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น เป็นความบกพร่อง หรือเบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคือสู่ปกติ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาในการรักษา การใช้แพทย์ทางเลือก และการควบคุมอาหาร และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน

สังคมไทย คือการพัฒนาระบบการให้การบริการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนานั้น ได้ใช้การรักษามีวิธีการที่แตกต่างกันตามลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น การรักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร หมั่นเดินออกกำลังกาย และหมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ และมีหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรง สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น หลักอริยสัจ ๔ อธิษฐานธรรม ๔ โภชเนมัตตัญญุตา อิทธิบาท ๔ โยนิโสมนสิการ อปัณณกปฏิปทา เป็นต้น

๓) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย C (Chanting) การสวดมนต์ M (Meditation) การปฏิบัติ สมาธิ D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรม E (Eating) การรับประทานอาหาร E (Exercise) การออกกำลังกาย E (Emotional control) การควบคุมอารมณ์และ D (Daily life activity around the clock) การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน หรือ เรียกว่า “CMDEEED” ซึ่งรูปแบบการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการบูรณาการเชิงพุทธร่วมกับวิธีการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และจะมุ่งเน้นกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาเป็นหลัก และผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการไปทดลองใช้ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

Dissertation Title : A Model of Caring for Chronic Illness Patients by Buddhist Integration

Researcher : Phrapalad Somchai Payogo (Damnoen)

Degree : Doctor of Philosophy (Buddhist Studies)

Dissertation Supervisory Committee

: Asst. Prof. Dr. Phra Suthithammanuwat (Thaib Siriñāno), Pali IX, M.A. (Pali&Sanskrit), Ph.D. (Pali)

: Phramahã Suthit Abhãkaro (Oboun), Pali VII, B.A., M.Sc., Ph.D. (Buddhist Studies).

: Dr. Uthai Sudsukh, M.D., M.P.H., D.T.P.H., D.T.M&H., Dr.P.H.

Date of Graduation : August 27, 2015

ABSTRACT

The purposes of this research were 1) to study concept and the method of caring for chronic illness patients following the medical current method and to study problem based method of caring chronic illness patients in Thai society, 2) to study concept and the method of caring chronic illness patients following Buddhist principles and 3) to propose a model of caring for chronic illness patients by Buddhism integrated that affects the quality of life and depression of the patient. Mixed methods research was used in this research by using quantitative method to extend qualitative results. Qualitative method was used to study concept and the method of chronic illness patients caring from Buddhist scripture and the medical current method. Experimental Research was used as a quantitative method and the sampling of this study was 18 to 70 years old people, who had attended the treatment at Makarak hospital, Kanchanaburi Province. Volunteering sampling was used and 100 patients who prefer to attend the program. The research instruments were Dhamma practice package, indicator form of World Health Organization in Thai version (WHOQOL-BREF–THAI), the Thai depression inventory. Content analysis was used for qualitative data and descriptive statistics and t-test using SPSS were used for quantitative analysis. The research results were found as follows.

1) Chronic illness was the disease that has long term effect and increase level of effect because it was the defectiveness or had permanent changing to the patient's body. Methods of caring chronic illness patients were to use medicine, alternative medicine, and having dietetic food. In Thai context, the methods of caring chronic illness patients were to develop health service system to encourage self-caring, to develop health behavior, to promote self-health care and to manage depression effect in chronic illness patients.

2) For the concept and Buddhist method of caring chronic illness patients, many different methods were used and focus on making their body balance by using medical treatment, Dhamma treatment, meditation treatment, having dietetic food, exercise regularly, and behave in Dhamma action. These methods were able to control the illness effects.

3) A model of caring chronic illness patients by using integrated Buddhism was consisted of **C** (Chanting), **M** (Meditation), **D** (Dhamma discussion), **E** (Eating), **E** (Exercise), **E** (Emotional control) and **D** (Daily life activity around the clock) and was called " CMDEEED". This caring model was integrated by using Buddhist and medical current methods and was led by using Buddhist activities. The results of using the model indicated that experiment group and control group had shown significant difference in quality of life levels and experiment group had higher score than control group at 0.05 significant level. For the level of depression after experiment, the experiment group had shown decreasing of level of depression at 0.05 significant level.

กิตติกรรมประกาศ

"วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๕๖" วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความเมตตาจาก พระมหาสมบูรณ์ วุฑฺฒิกโร, ดร. คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ที่เมตตามาเป็นประธานในการสอบ พระสุธีธรรรมานุวัตร, ผศ.ดร. ที่เมตตารับเป็นประธานกรรมการ พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, ดร. และ ดร.นพ.อุทัย สุดสุข อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา ขอเจริญพรขอบคุณ ดร.จุฑามาศ วารีแสงทิพย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมตรวจสอบ แนะนำ แก้ไขจนวิทยานิพนธ์เรียบร้อยสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ) ที่ปรึกษาเจ้าคณะจังหวัดสุรินทร์ เจ้าอาวาสวัดศาลาลอย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่เป็นต้นแบบในการศึกษา พระครูโอภาสธรรมพิทักษ์ (เสียม เตชธมฺโม) วัดแสงสว่างราษฎร์บำรุง เจ้าคณะอำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ เจ้าอธิการจำเริญ จนฺทโก เจ้าคณะตำบลตาวัง อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ พระครูพิพิธปริยัติกิจ (ชยันต์ พุทฺธธมฺโม) เจ้าอาวาสวัดซับชะอม อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พระมหาวุฒิชัย วชิรเมธี (ว.วชิรเมธี) ที่อุปถัมภ์ทุนการศึกษา ขอขอบคุณมูลนิธิวัดพระแท่นดงรังวรวิหาร มูลนิธิเสกกวงเซง และคุณเอกจิตติ์ เสวกสมภพ ที่ถวายทุนการศึกษา

กราบขอบพระคุณอาจารย์ พระครูกาญจนธีรวงศ์ (ธีรพงษ์ ฐานุตฺตโร) เจ้าอาวาสวัดใหม่เจริญผล อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ฝึกฝนพัฒนาตนเองด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา เมตตาให้ที่พักพิงขณะทำวิจัย ชี้แนะแนวทางในการศึกษา ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในบัณฑิตวิทยาลัยทุกๆ ท่าน และครูอาจารย์ในอดีต ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ สามารถจัดทำวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่าน นิสิตหลักสูตรปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนารุ่นที่ ๙ ได้แก่ พระครูสถิตธรรมาลังการ พระมหาประกาศิต อาจารปาลี พระมหาสมชาย ธมฺมวโร อาจารย์วัฒนะ กัลยาณ์พัฒนกุล เป็นต้น ตลอดถึงสหธรรมมิกผู้เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย พระครูวินัยธรสุกรี สุจิตฺโต ผู้อำนวยการสำนักงานสภามหาวิทยาลัย มจร พระอาจารย์ธวัชชัย อนามโย คุณสุนันทา เอ๊าเจริญ คุณธวัชชัย ศรีสุข โยมพี่สุดตา ประทุมมาศ อาปรีดา ก้านทอง สารถีผู้นำพาผู้วิจัยไปในสถานที่ต่างๆ จนสำเร็จ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความสนับสนุน สืบค้นประวัติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จากมูลนิธิอุทัย สุดสุข ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกท่าน ตลอดถึงผู้เป็นเจ้าของผลงานทางวิชาการทุกท่านที่ผู้วิจัยนำมาอ้างอิงประกอบในการทำวิจัยครั้งนี้

ความดีและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอน้อมถวายเป็นพุทธบูชา และบูชาคุณบุพการีผู้ให้กำเนิด คือ คุณพ่อแหลม คุณแม่สำรวย ดำเนิน ขอขอบคุณบัวลอย ดำเนินและครอบครัวที่ให้กำลังใจในการศึกษา อุปถัมภ์ปัจจัยในการศึกษา และขออุทิศส่วนกุศลนี้ ถวายแด่พระครูโสภิตขันติธรรม (จันทร์ ขนฺติโก) พระอุปัชฌายาจารย์ อดีตเจ้าคณะตำบลจรัส อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ เจ้าอธิการปุ่ง ปิยวณฺโณ อดีตเจ้าคณะตำบลตาวัง อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ตลอดถึงครูอาจารย์ และญาติมิตรทุกท่านที่ได้ล่วงลับ

พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)
๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฏ
สารบัญแผนภาพ	ฐ
สารบัญแผนภูมิ	ฑ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฒ
บทที่ ๑ บทนำ	**๑**
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย	๕
๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๕
๑.๔ ขอบเขตในการวิจัย	๕
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๗
๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๘
๑.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)	๑๖
๑.๘ สมมติฐานการวิจัย	๑๖
๑.๙ วิธีดำเนินการวิจัย	๑๗
๑.๑๐ ประโยชน์ที่ได้รับ	๒๕
บทที่ ๒ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย	**๒๖**
๒.๑ แนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง	๒๖
๒.๑.๑ ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง	๒๖
๒.๑.๒ ลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	๒๙
๒.๑.๓ การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	๓๐
๒.๑.๔ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย	๓๒
๒.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน	๓๘

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๒.๒.๑ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM)	๓๙
๒.๒.๒ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)	๔๔
๒.๒.๓ ความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย : Breakthrough series	๔๘
๒.๒.๔ นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (ICCC)	๕๐
๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๕๓
๒.๓.๑ ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์	๕๔
๒.๓.๒ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	๕๘
๒.๓.๓ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน	๖๐
๒.๔ สถานการณ์กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	๖๔
๒.๔.๑ โรคเบาหวาน	๖๘
๒.๔.๒ โรคความดันโลหิตสูง	๗๒
๒.๔.๔ โรคหลอดเลือดสมอง	๗๕
๒.๔.๓ โรคหลอดเลือดหัวใจ	๗๗
๒.๕ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๘๐
๒.๕.๑ การใช้ยาในการรักษา	๘๐
๒.๕.๒ การใช้แพทย์ทางเลือก	๘๘
๒.๕.๓ การควบคุมอาหาร	๙๐
๒.๖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน	๙๓
๒.๖.๑ การพัฒนาระบบการให้การบริการ	๙๓
๒.๖.๒ การส่งเสริมการดูแลตนเอง	๙๖
๒.๖.๓ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	๙๗
๒.๖.๔ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง	๙๙
๒.๗ การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑๐๑
๒.๗.๑ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง	๑๐๓
๒.๗.๒ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง	๑๐๓
๒.๗.๓ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	๑๐๕
๒.๘ การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑๐๗
๒.๘.๑ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย	๑๐๘

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

๒.๘.๒ แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36 : SF-36) ๑๐๙

๒.๙ สรุป ๑๑๑

บทที่ ๓ พุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๑๑๓

๓.๑ ความหมายของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วย ๑๑๓

๓.๑.๑ การเจ็บป่วยทางกาย ๑๑๔

๓.๑.๒ การเจ็บป่วยทางใจ ๑๑๗

๓.๒ แนวทางการดูแลรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์ ๑๑๙

๓.๒.๑ การรักษาโรคทางกาย ๑๑๙

๓.๒.๒ การรักษาโรคทางใจ ๑๒๔

๓.๓ การดูแลตามหลักไตรสิกขา ๑๒๖

๓.๔ กรณีตัวอย่างการดูแลรักษาตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา ๑๓๐

๓.๔.๑ การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะปกติ ๑๓๐

๓.๔.๒ การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่ผิดปกติ ๑๓๒

๓.๕ พุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลรักษาโรค ๑๔๑

๓.๕.๑ อริยสัจ ๔ ๑๔๒

๓.๕.๒ อิทธิบาท ๔ ๑๔๘

๓.๕.๓ อธิษฐานธรรม ๔ ๑๔๙

๓.๕.๔ โยนิโสมนสิการ ๑๕๐

๓.๕.๕ อปัณณกปฏิปทา ๑๕๒

๓.๕.๖ พละ ๔ ๑๕๔

๓.๕.๗. อัปปมาทะ ๑๕๕

๓.๕.๘ วัฒนมุข ๖ ๑๕๖

๓.๖ สรุป ๑๕๗

บทที่ ๔ การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนา ๑๕๙

๔.๑ บทนำ ๑๕๙

๔.๒ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑๖๑

๔.๓ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๖๗

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง **หน้า**

๔.๔ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ๑๗๖
๔.๕ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๘๓
๔.๖ สรุป ๑๙๐

บทที่ ๕ ผลการวิเคราะห์การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ๑๙๒
๕.๑ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ๑๙๓
๕.๒ ผลการวิเคราะห์ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ๑๙๘
๕.๒.๑ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ๑๙๘
๕.๒.๒ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ๒๐๐
๕.๒.๓ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ๒๐๒
๕.๓ ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ๒๐๔
๕.๓.๑ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา ๒๐๔
๕.๓.๒ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา ๒๐๕
๕.๓.๓ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา ๒๐๗
๔.๓.๔ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา ๒๐๘

บทที่ ๖ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ **๒๑๐**
๖.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ๒๑๐
๖.๑.๑ หลักการและเหตุผล ๒๑๐
๖.๑.๒ กระบวนการในการบูรณาการ ๒๑๐
๖.๒ องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัย ๒๒๓
๖.๓ ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ๒๒๕

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง **หน้า**

บทที่ ๗ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ **๒๒๙**

๗.๑ สรุปผลการวิจัย ๒๓๐

๗.๑.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ๒๓๐

๗.๑.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ๒๓๑

๗.๒ อภิปรายผล ๒๓๕

๗.๒.๑ การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ๒๓๕

๗.๒.๒ การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัย ๒๓๖

๗.๓ ข้อเสนอแนะ ๒๔๐

๗.๓.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ๒๔๐

๗.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ๒๔๑

บรรณานุกรม **๒๔๒**

ภาคผนวก **๒๖๓**

ภาคผนวก ก หนังสือราชการ ๒๖๔

ภาคผนวก ข เอกสารประกอบการวิจัย ๒๗๗

ภาคผนวก ค รูปภาพประกอบการวิจัย ๒๙๖

ภาคผนวก ง บทสวดมนต์ ๓๑๒

ภาคผนวก จ ค่า IOC และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ๓๒๔

ประวัติผู้วิจัย **๓๒๘**

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑.๑	แสดงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	๒๑
๒.๑	อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔	๖๖
๒.๒	แสดงการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด	๙๕
๔.๑	แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	๑๕๙
๔.๒	แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๑๖๖
๔.๓	แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑๗๕
๔.๔	แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑๘๒
๕.๑	แสดงลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	๑๙๑
๕.๒	แสดงข้อมูลด้านสุขภาพก่อนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ	๑๙๓
๕.๓	แสดงปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพ	๑๙๔
๕.๔	แสดงการปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน	๑๙๕
๕.๕	คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	๑๙๖
๕.๖	คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ	๑๙๘
๕.๗	คุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ	๒๐๐
๕.๘	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา	๒๐๒
๕.๙	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา	๒๐๓
๕.๑๐	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา	๒๐๕
๕.๑๑	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา	๒๐๖
๖.๑	แสดงกิจวัตรประจำวันที่ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติหมุนเวียนตามนาฬิกาชีวิต	๒๑๙
๖.๒	แสดงวงจรการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในรอบ ๑ วัน	๒๑๙

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
๑.๑	กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)	๑๖
๑.๒	การวิจัยแบบผสมวิธีด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ	๑๗
๑.๓	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	๑๘
๒.๑	องค์ประกอบแนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง	๓๘
๒.๒	ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model หรือ CCM)	๔๐
๒.๓	ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)	๔๖
๒.๔	แสดงนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง	๕๑
๒.๕	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน	๑๐๑
๓.๑	สรุปการประยุกต์หลักพุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑๕๖
๖.๑	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEEED”	๒๒๒

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
๒.๑	แผนภูมิอัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕	๖๖
๕.๑	คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	๑๙๗
๕.๒	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ	๑๙๙
๕.๓	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ	๒๐๑
๕.๔	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา	๒๐๓
๕.๕	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา	๒๐๔
๕.๖	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา	๒๐๖
๕.๗	แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา	๒๐๗

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

ก. คำย่อเกี่ยวกับพระไตรปิฎก

อักษรย่อในวิทยานิพนธ์นี้ ใช้อ้างอิงจากพระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๓๙ โดยได้กล่าวถึงแหล่งที่มา/เล่ม/ข้อ/และหน้า ตามลำดับ เช่น วิ.มหา. (ไทย) ๒/๑๓/๒๐๐ หมายถึง วินัยปิฎก มหาวิภังค์ พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ ๒ ข้อที่ ๑๓ หน้า ๒๐๐.

พระวินัยปิฎก

วิ.มหา. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	มหาวิภังค์	(ภาษาไทย)
วิ.ภิกฺขุนี (ไทย)	=	วินัยปิฎก	ภิกขุนีวิภังค์	(ภาษาไทย)
วิ.ม. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
วิ.ป. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	ปริวารวรรค	(ภาษาไทย)

พระสุตตันตปิฎก

ที.สี. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	สีลขันธวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	ปาฏิกวรรค	(ภาษาไทย)
ม.มู. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มูลปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มัชฌิมปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
ม.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	อุปริปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
สํ.ส. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	สคาถวรรค	(ภาษาไทย)
สํ.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	มหาวารวรรค	(ภาษาไทย)
องฺ.ทุก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ทุกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ติก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ติกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.จตุกฺก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	จตุกกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ปญฺจก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ปัญจกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ฉกฺก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ฉักกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.อฏฺฐก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	อัฏฐกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ทสก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ทสกนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.ขุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ขุททกปาฐะ	(ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ธรรมบท	(ภาษาไทย)

ขุ.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	อุทาน	(ภาษาไทย)
ขุ.อิติ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	อิติวุตตกะ	(ภาษาไทย)
ขุ.สุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	สุตตนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.เถร. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	เถรคาถา	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.เอกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	เอกกนิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.จตุกฺก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	จตุกกนิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.สตฺตก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	สัตตกนิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.เตรสก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	เตรสกนิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.ตึสติ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ติงสตินิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ชา.สตฺตติ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	สัตตตินิบาต ชาดก	(ภาษาไทย)
ขุ.ป. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ปฏิสัมภิทามรรค	(ภาษาไทย)
ขุ.อป. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	อปทาน	(ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

อภิ.วิ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก	วิภังค์	(ภาษาไทย)
อภิ.ก. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก	กถาวัตถุ	(ภาษาไทย)

ข. คำย่อเกี่ยวกับคัมภีร์อรรถกถา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ใช้คัมภีร์อรรถกถาอ้างอิงจาก พระไตรปิฎกพร้อมอรรถกถา แปล ชุด ๙๑ เล่ม ฉบับมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๗. โดยได้กล่าวถึงแหล่งที่มา/เล่ม/ภาค/หน้า เช่น วิ.ม.อ. (ไทย) ๑/๑/๒๑๑. หมายถึง หมายถึง วินัยปิฎก สมันตปาสาทิกา มหาวรรคอรรถกถา พระไตรปิฎกพร้อมอรรถกถา เล่มที่ ๑ ภาค ๑ หน้า ๒๑๑

อรรถกถาพระวินัยปิฎก

วิ.ม.อ. (ไทย)	=	วินัยปิฎก	สมันตปาสาทิกา	มหาวรรคอรรถกถา	(ภาษาไทย)

อรรถกถาพระสุตตันปิฎก

ที.สี.อ. (ไทย)	=	ทีฆนิกาย	สุมังคลวิลาสินี	สีลขันธวรรคอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ม.ม.อ. (ไทย)	=	มัชฌิมนิกาย	ปปัญจสูทนี	มัชฌิมปัณณาสก์รรถกถา	(ภาษาไทย)
สํ.ส.อ. (ไทย)	=	สังยุตตนิกาย	สารัตถปกาสินี		(ภาษาไทย)

ขุ.ธ.อ. (ไทย)	=	ขุททกนิกาย ธรรมบทอรรถกถา (ภาษาไทย)
ขุ.ชา.เอกกอ. (ไทย)	=	ขุททกนิกาย เอกกนิบาติชาดกอรรถกถา (ภาษาไทย)
ขุ.ชา.จตุกฺกก.อ.(ไทย)	=	ขุททกนิกาย จตุกกนิบาตชาดกอรรถกถา (ภาษาไทย)
ขุ.ม.อ. (ไทย)	=	ขุททกนิกาย สัทธัมมปัชโชติกา มหานิเทสอรรถกถา (ภาษาไทย)

อรรถกถาพระอภิธรรมปิฎก

อภิ.สงฺ.อ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก ธัมมสังคณี อัฏฐสาลินีอรรถกถา (ภาษาไทย)

บทที่ ๑
บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ประเสริฐสำหรับมนุษย์และเป็นคุณภาพของชีวิต พระพุทธศาสนามีคำสอนว่า ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ[๑] ความไม่มีโรคเป็นลาภอย่างยิ่ง[๒] เพราะว่าการมีสุขภาพดีนอกจากจะเกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามบทบาทของตนได้อย่างดีแล้ว ยังส่งผลดีโดยรวมต่อสังคม เพราะการที่สังคมมีประชากรที่มีคุณภาพทั้งในด้านสุขภาพ ความรู้ความสามารถ ย่อมเป็นสังคมที่มีความเข้มแข็ง องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญแก่เรื่องการส่งเสริมประชากรให้มีสุขภาวะที่ดี โดยเริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบการทำให้สุขภาพดีขึ้นเป็นเรื่องสำคัญต่อสวัสดิการมนุษย์และเป็นเรื่องจำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน ต้องมีมาตรการใหม่ ๆ หรือมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ละประเทศจำเป็นต้องมีระบบการคลังที่ทำให้คนในประเทศสามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกประเภท ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินต่อผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[๓] ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจากสถานพยาบาลทุกแห่ง[๔]

ประชาชนชาวไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น เพราะรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเสพสารเสพติด ทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น[๕] มีการระบุว่าคนไทยอ้วนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะมีภาวะอ้วนติดอันดับหนึ่ง และเป็นปัจจัยสำคัญ

---

[๑]ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๑๕-๒๑๖/๒๕๔.

[๒]ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๒๐๔/๙๖.

[๓]WHO, **The world health report : health systems financing : the path to universal coverage**, (Geneva: WHO, 2010), p. 1.

[๔]วิโรจน์ แซมรัมย์, “การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ”, **วารสารพัฒนาสังคม**, ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๒ (ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๑๑๒-๑๓๐.

[๕]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโต และอุทัย สุดสุข, **สมาธิสร้างสุขภาพและบำบัดโรคเรื้อรังวิถีพุทธ**, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๑.

ของการเกิดโรคเรื้อรัง[๖] และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุว่าในปี ๒๕๔๘ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ๓๕ ล้านคน ซึ่งมีค่าประมาณ ๕ เท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั้งหมด (รวมผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค) การเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๗ ในปี ๒๕๕๘[๗] และมีการรายงานถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนในโลก ร้อยละ ๖๓ ของประชากร ๕๗ ล้านที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๕๑ มีประชาชน ๓๖ ล้านคนถูกบันทึกว่าเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน มะเร็ง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจ[๘]

โรคเรื้อรังจึงเป็นภาพตัวแทนของความน่ากลัวที่เกิดขึ้นในโลกยุคใหม่ และกำลังท้าทายอำนาจของระบบการแพทย์ที่ไม่สามารถใช้ทฤษฎีทางการแพทย์มาอธิบายอย่างเบ็ดเสร็จ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังต่างๆ มักเกิดขึ้นร่วมกัน ผู้ป่วยต้องมีบทบาทอย่างมากในการเรียนรู้และร่วมดูแลรักษาตนเอง เพราะปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของการดูแลรักษา[๙] การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและสัมพันธ์กับทุกมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การเจ็บป่วยของบุคคลคนหนึ่งด้วยโรคร้ายแรง จึงไม่ใช่เป็นความทุกข์เฉพาะที่เกิดกับร่างกายและตัวตนของคนคนนั้นเพียงคนเดียว แต่ความเจ็บป่วยนั้นยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ที่อยู่รอบข้าง ผู้ป่วยและญาติมีส่วนสำคัญมากกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าใจโรคที่ตัวเองเป็น นำไปสู่การรักษาที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมไม่ให้โรคเป็นมากขึ้น[๑๐] บางคนเชื่อว่าการแก้ปัญหา การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายในระดับที่สูงมาก สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง[๑๑] การรักษาดูแลผู้ป่วย

---

[๖]นพวรรณ เปียซื่อ, “ความก้าวหน้าทางโภชนาการกับการดูแลโรคเรื้อรัง”, ใน สรุปรายงานหลังการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเรื่องพยาบาลเวชปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕), หน้า ๑๐.

[๗]WHO, **Preventing chronic diseases: a vital investment**, (Geneva: World Health Organization, 2005), p. 34.

[๘]WHO, **Noncommunicable diseases country profiles 2011**, (Geneva: World Health Organization, 2011), p. 5.

[๙]ประชาธิป กะทา, “มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยเรื่อรัง”, ใน **วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา**, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๑) : ๑๒๙, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (ม.ค.-มี.ค. ๒๕๕๑) : ๘๓.

[๑๐]มธุรส ศิริสถิตย์กุล, “คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในมิติสังคมและวัฒนธรรม”, เอกสารประกอบการเสวนาในหัวข้อแนวคิดทฤษฎีการวิจัยทางสังคมศาสตร์การแพทย์สำหรับนักวิจัยด้านสุขภาพ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๕๐ ณ ห้องประชุมสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, “การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, ใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Caring for the Family Caregiver), (กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕), หน้า ๒๕.

[๑๑]WHO, **Preventing chronic diseases : a vital investment**, p.19.

โรคเรื้อรังจึงเป็นกิจกรรมและภาวะที่ผู้คนในทุกสังคมต้องประสบอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่กลับกลายเป็นภาวะจำยอมหรือจำใจที่จะต้องรักษาดูแลเพราะหน้าที่ความรับผิดชอบ ประกอบกับวิถีสังคมปัจจุบัน ขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ดูแลกันและกัน วิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่มีส่วนช่วยให้เกิดโลกทัศน์และชีวทัศน์แบบแยกส่วน คือ มองสังคมและมนุษย์ในเชิงกลไกหรือกายภาพเท่านั้น การแพทย์ปัจจุบันเน้นรักษาโรคแต่ขาดการรักษาคนอย่างรอบด้าน คือ จิตใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย มีนักวิชาการหลายท่านพยายามค้นคว้าและอธิบายว่าโรคเกิดจากการจู่โจมของเชื้อโรคที่มีอยู่หลายสายพันธุ์แต่ละตัวก็เป็นสาเหตุให้เกิดโรค ซึ่งเป็นการสนใจที่ตัวเลขที่วัดได้ ไม่ได้สนใจสังคมวัฒนธรรมของคนป่วยที่เป็นตัวเลขที่วัดไม่ได้[๑๒] ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการตามมา[๑๓]

ปัจจุบันนี้การดูแลผู้ป่วยได้ขยายขอบเขตการดูแลออกไปอย่างกว้างขวาง มิได้เป็นเพียงหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในสถานพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายพอใจที่จะกลับไปรักษาเยียวยาและตายในสถานที่ถิ่นฐานบ้านเกิด ผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาจึงอยู่ในภาวะความตรึงเครียดด้วยกันทั้งคู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลรักษานั้น คือ ผู้รับรู้และจะต้องตัดสินใจเลือกแทนผู้ป่วย ผู้รักษาและผู้ดูแลต้องเข้าใจการฟื้นฟู ปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังที่พบมากและบ่อยในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหว มีแผลกดทับ การอ่อนแรง ภาวะข้อติด และการเกร็ง[๑๔] แต่อุปสรรคสำคัญของการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ สถานพยาบาลต่างๆ มีสภาวะของการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการดูแล และการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง กรอบทิศทางนโยบายไม่มีเอกภาพ ไม่มีทิศทาง มีข้อจำกัด ขาดความเชื่อมโยง ทำให้ความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายการทำงาน (Networking) ยังไม่ประสบความสำเร็จที่จะผลักดันหรือเชื่อมโยงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึง[๑๕] ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการควบคุมให้ดีจะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ต้องเสียค่า

---

[๑๒] Helman, C.G., **Culture, Health and Illness**, 5^{th} ed., (London: Hodder Arnold, 2007), pp. 79–80.

[๑๓] ทวี ตั้งเสรีและคณะ, “การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย”, **รายงานผลการวิจัย**, (กรมสุขภาพจิต: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑), หน้า ๑.

[๑๔] วิศาล คันธารัตนกุล, “การออกกำลังกายในภาวะโรคเรื้อรัง”, ใน สรุปรายงานหลังการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเรื่องพยาบาลเวชปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕), หน้า ๓.

[๑๕] จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, **ระบบวิจัยสุขภาพ: สมองระบบของสุขภาพ**, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๗), หน้า ๙๘.

รักษาพยาบาลจำนวนมาก เป็นภาระและเกิดการสิ้นเปลืองทั้งระดับผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ[๑๖]

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงอยู่ในฐานะผู้เลือกที่จะช่วยให้ตนเองมีความสุขได้ปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของโรคนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนเองและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการวางแผนการรักษาให้มากที่สุด มิฉะนั้นการรักษาพยาบาลก็จะเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการดูแลรักษาสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ เป็นการป้องกันดีกว่าแก้ไข สาเหตุของโรคมีจำนวนมาก หนึ่งในสาเหตุเหล่านั้นเกิดจากการบริหารกายไม่สม่ำเสมอ สุขภาพกายจะสมบูรณ์ได้นั้นจะต้องประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ส่วนสุขภาพทางใจนั้นต้องรู้จักปล่อยวาง รู้จักคิดให้ถูกทางให้เป็นประโยชน์ พยายามรักษาสุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจให้มีความสมดุลอย่างเหมาะสม

พุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญของการเจ็บป่วย โดยสอนให้เห็นความเกิดขึ้นของปัญหาโรคภัยต่างๆ ให้รู้จักตัวปัญหาที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยนั้นคือปัญหาที่ต้องกำจัดออกไป[๑๗] พิจารณาความเจ็บป่วยเป็นของธรรมดาทุกคน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ อย่ารังเกียจคนไข้[๑๘] หรือการเตือนสติให้พิจารณาความตายเป็นนิตย์ หรือ มรณสติ[๑๙] เป็นการเตือนมิให้ใช้ชีวิตอย่างประมาท หรืออยู่อย่างปราศจากเป้าหมายหรือไร้อุดมการณ์ชีวิต คำสอนที่เน้นย้ำให้ตระหนักและพิจารณาแห่งชีวิตเช่นนี้ เคยถูกมองว่าพระพุทธศาสนาสอนให้คนมองโลกและชีวิตในแง่ร้าย[๒๐] แต่พระพุทธศาสนากลับให้นำมาพิจารณาใส่ใจเป็นพิเศษ แต่ปัจจุบันนี้คำสอนดังกล่าวกลับเป็นผลดียิ่งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะช่วยเตือนไม่ให้ประมาท และสอนให้อยู่กับความจริงของชีวิตในปัจจุบัน หลักธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ทางพระพุทธศาสนาได้รับความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น หรือเกิดการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีพุทธแบบบูรณาการ เพราะไม่มีศาสตร์การแพทย์แผนใดๆ ในโลก ที่จะดูแลผู้ป่วยได้ทุกโรค แต่ละศาสตร์ทางการแพทย์นั้นยังมีจุดอ่อนที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำอย่างไรที่จะเติมเต็มในส่วนที่ขาดหายไป เพื่อเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการรักษาดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วย ที่ให้ทั้งการรักษาและสุขสบายทางกายและทางใจ

---

[๑๖]ราม รังสินธุ์ และคณะ, “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓”, **รายงานผลการวิจัย**, (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๔).

[๑๗]ดูรายละเอียดใน วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๔/๒๑.

[๑๘]ดูรายละเอียดใน องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๓๔/๒๐๐.

[๑๙]พระพุทธโฆสาจารย์, **วิสุทธิมรรค**, สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส, ๒๕๔๘), หน้า ๑๘๒-๑๘๓.

[๒๐]แสง จันทร์งาม, **พุทธศาสนวิทยา**, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: สร้างสรรค์บุ๊คส์, ๒๕๔๔), หน้า ๔๗-๕๒.

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและวิธีการของพุทธศาสนา ที่จะช่วยสะท้อนมุมมองชีวิต การเจ็บป่วย ความตาย ตลอดถึงการแสดงบทบาท หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งในสมัยพุทธกาลที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก เช่น กรณีพระพุทธองค์ทรงดูแลผู้ป่วยด้วยพระองค์เอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยในอดีตและปัจจุบัน ตลอดถึงการประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่างๆ ซึ่งกิจกรรมและหลักสูตรที่ปฏิบัติกันอยู่นั้นยังมีบางมิติที่ขาดหายบกพร่องไป ผู้วิจัยเห็นว่าจำเป็นต้องศึกษาแนวคิด กิจกรรมและกระบวนการอบรมปลูกฝังทัศนคติของผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสังคมตามกรอบแนวคิดของพระพุทธศาสนา โดยที่ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานระหว่างทาง (working hypothesis) ไว้ว่าองค์ความรู้ในพุทธศาสนาจะช่วยเป็นฐานแนวคิดเชิงบูรณาการเข้ากับศาสตร์สมัยใหม่ได้ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบันและในอนาคตต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

๑.๒.๓ เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทราบเกี่ยวกับปัญหา ๓ ประเด็นหลัก ดังนี้

๑.๓.๑ แนวคิดด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกระบวนทัศน์ทางการแพทย์แผนปัจจุบันแบบตะวันตกมีอิทธิพลและผลกระทบอย่างไรต่อสังคมไทยปัจจุบัน

๑.๓.๒ ในคัมภีร์พุทธศาสนาเถรวาทนั้นมองชีวิต การเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และหลักปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้อย่างไร

๑.๓.๓ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในสังคมไทยทั้งในอดีตและปัจจุบันได้รับการปฏิบัติดูแลอย่างไรบ้าง แนวคิดและหลักปฏิบัติทั้งในพระพุทธศาสนาและในการแพทย์ตะวันตกได้ถูกนำมาบูรณาการและนำไปสู่ภาคปฏิบัติได้อย่างไร

๑.๔ ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ” เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณเพื่อขยายผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Quantitative method to extend qualitative results) โดยใช้การตั้งคำถามวิจัยเชิงคุณภาพ และเมื่อได้ผลวิจัยในรูปทฤษฎีฐานราก จะนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพไปตรวจสอบ

ยืนยันด้วยวิธีการเชิงปริมาณ[๒๑] ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) แล้วนำผลการวิจัยที่ได้รับไปพัฒนากรอบแนวคิดเพื่อออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

๑.๔.๑ การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research)

๑) ขอบเขตด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน (แบบตะวันตก) ศึกษาโดยการสำรวจแนวคิดและวิธีปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากวิถีการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ในบริบทสังคมไทยปัจจุบันที่รับอิทธิพลจากตะวันตก จากแหล่งข้อมูลของสมาคม สถาบัน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับผิดชอบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการสำรวจผลดีและผลกระทบ ด้วยการสัมภาษณ์ประสบการณ์กลุ่มตัวแทนผู้ดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และตัวแทนนักวิชาการที่สะท้อนมุมมองเชิงสังคม (Social Attitude) ที่มีต่อผู้ดูแลและต่อผู้ป่วย

๒) ขอบเขตเนื้อหาตามที่ถือปฏิบัติในสังคมไทยปัจจุบัน ศึกษาได้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีชื่อเสียงและมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในสังคมไทยปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็นองค์จากประสบการณ์ตรง

๓) ขอบเขตด้านเนื้อหาในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเถรวาท ศึกษาเนื้อหาได้จากในคัมภีร์พระไตรปิฎกและคัมภีร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อต้องการศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับ มุมมองต่อชีวิต สาเหตุการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตามแนวทางของพระพุทธศาสนา จากนั้นจะดำเนินการศึกษาจากหลักฐาน และกรณีตัวอย่างที่พระพุทธองค์และพระสาวกที่ได้แสดงบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๔) ขอบเขตด้านการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธ ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาปัญหาจริยธรรมในด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในคัมภีร์พระไตรปิฎก ในมิติการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตก ในมิติสุขภาพ การรักษาการเจ็บป่วย เพื่อนำผลการศึกษาสำรวจมาประยุกต์ใช้กับสังคมไทยในปัจจุบันและในอนาคต ซึ่งอาจขยายผลไปสู่มิติการแพทย์ทางเลือกใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

๑.๔.๒ การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research)

ในการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองนั้นเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย (๑) กิจกรรม ๓ ส ได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการสนทนาธรรม (๒) กิจกรรม ๓ อ ได้แก่

---

[๒๑]นงลักษณ์ วิรัชชัย, **วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ**, (กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอคอนพริ้นติ้ง, ๒๕๕๒), หน้า ๕๗.

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และ (๓) กิจกรรม ๑ น ได้แก่ การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน โดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจจะพลิกวิกฤตของผู้ป่วยมาเป็นโอกาสที่จะเยียวยาสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจ จึงมุ่งหมายเลือกผู้ป่วยซึ่งอยู่ตามรอบเวลาของการอบรม เฉพาะที่สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องอยู่รอบเดิมตลอดการศึกษา จึงต้องจำกัดวิธีการของธรรมปฏิบัติตามรอบการฝึกอบรม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีอายุอยู่ในช่วง ๑๘-๗๐ ปี และต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) โดยต้องได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ (Ethics Committee) ก่อนการทำวิจัย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนบุคลากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และมูลนิธิอุทัย สุดสุข

๑.๔.๓ ตัวแปรที่ศึกษา

๑) ตัวแปรต้น คือ กระบวนการดูแลรักษาแบบพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย การสวดมนต์ การทำสมาธิ การสนทนาธรรม การควบคุมการบริโภค การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามนาฬิกาชีวิต

๒) ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ ความซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิต

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

๑.๕.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยที่สร้างขึ้นมาเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยเทคนิค ๓ ส ๓ อ ๑ น ซึ่งเป็นการผสมผสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างวิธีทางพระพุทธศาสนากับวิทยาศาสตร์

๑.๕.๒ ๓ ส ๓ อ ๑ น หมายถึง กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างพระพุทธศาสนากับวิทยาการทางการแพทย์ ๓ ส ประกอบด้วย การสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิ การสนทนาธรรม ๓ อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ๑ น การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน

๑.๕.๓ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของอาการเจ็บป่วยที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ ๓ เดือน ขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๕.๔ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การให้การดูแลเอาใจใส่ เพื่อมุ่งหมายในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและการลดความเครียดของผู้ป่วยซึ่งกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาที่กำลังคุกคามต่อชีวิต โดยการประเมินอาการและวางแผนในการดูแลรักษาทั้งในแง่อาการปวดหรืออาการข้างเคียงอื่นๆ ในมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๑.๕.๕ พุทธบูรณาการ หมายถึง การนำเอาแนวคิด หลักปฏิบัติและหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา มาปรับประยุกต์ใช้เป็นฐานของแนวคิด กิจกรรมและวิถีปฏิบัติเพื่อเติมเต็มและช่วยแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง พุทธวิธีการดูแลผู้ป่วย คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ และ การสนทนาธรรม ผสมสานกับการดูแลทางการแพทย์ การบำบัด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ทางจิต และการปฏิบัติตามวงรอบของชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

๑.๖ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการในครั้งนี้มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับตัวแปรที่สนใจศึกษา ดังต่อไปนี้

๑.๖.๑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๑) สมจิต หนุเจริญกุล[๒๒] กล่าวไว้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวการณ์เปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติ ความผิดปกติพอกพูนหรือมีความพิการมากขึ้นเรื่อย ๆ และต้องการสิ่งแวดล้อมที่มีการดูแลประคับประคอง และดูแลตนเองเพื่อรักษาหน้าที่และป้องกันการเพิ่มความพิการ ความเจ็บป่วยเรื้อรังจะสามารถจัดการได้ต่อเมื่อรัฐบาลและผู้นำทางด้านสุขภาพยอมรับการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมใหม่ ๆ โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในโลก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง

๒) สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ[๒๓] กล่าวไว้ว่า สุขภาพนั้นเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ไม่หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย การดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน คือ การเน้นมิติงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

---

[๒๒]สมจิต หนุเจริญกุล, “แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, ใน สรุปรายงานหลังการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เรื่อง พยาบาลเวชปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ๒๕๕๕), หน้า ๑.

[๒๓]สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, (นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๓.

๓) สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค[๒๔] เสนอผลงานใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่า การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำงานเป็นทีม การประสานความร่วมมือ การสื่อสาร การร่วมวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแล และครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้นลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ และที่สำคัญผู้ปฏิบัติงานในทีมทำงานอย่างมีคุณภาพ เกิดความมั่นใจและมีความสุขในการปฏิบัติงาน

๔) พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)[๒๕] กล่าวไว้ในหนังสือ การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ สรุปความเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไว้ว่า ถ้าเราต้องการประโยชน์จากชีวิต เราจะต้องฝึกมองตามความเป็นจริงและปฏิบัติต่อมันอย่างถูกต้องตามเป็นจริงหรือตามที่มันเป็น คนไข้ต้องฝึกมองตั้งแต่ชีวิตเป็นปกติสุขดี หมอและพยาบาลต้องช่วยให้คนไข้ได้รื้อฟื้นความทรงจำหรือประสบการณ์มองและปฏิบัติต่อชีวิตนั้น คนไข้มีบทบาทในการรักษาตนเองและช่วยให้หมอ พยาบาล สรุปว่าคนไข้ต้องให้ความร่วมมือแก่หมอ พยาบาลและคนใกล้ชิดตั้งแต่ต้น ส่วนผู้ดูแลคือหมอ พยาบาลและญาติผู้ใกล้ชิดจะต้องเข้าใจและปฏิบัติอย่างถูกต้องดีงาม มีความเอื้อเฟื้ออารี มีเมตตา ไมตรีที่จะช่วยเสริมสุขภาพทางจิตใจของคนไข้ด้วย

๕) ประคอง อินทรสมบัติ[๒๖] เสนอผลงานใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการดูแลระยะยาวที่เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการดูแลตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของหน่วยบริการสุขภาพที่ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในระบบสุขภาพที่มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพเพื่อป้องกันและจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่ประชาชนที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง เจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการรุนแรงและก้าวหน้ารวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต การออกแบบระบบการดูแล แนวคิด การดูแลตนเอง

---

[๒๔]สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, “การจัดหาแหล่งประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแล”, ใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, (กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕), หน้า ๑๔-๑๖.

[๒๕]ดูรายละเอียดใน พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๑), หน้า ๘๑-๘๒.

[๒๖]ประคอง อินทรสมบัติ, “การเจ็บป่วยเรื้อรังกับความต้องการการดูแล”, ใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, (กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕), หน้า ๒-๓.

ต่อเนื่อง การดูแลที่มุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แนวคิดหลักเหล่านี้ถูกเตรียมมาในวิชาชีพการพยาบาลซึ่งช่วยให้การดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังมีคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวการณ์เปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันคือ การเน้นมิติงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำงานเป็นทีม การประสานความร่วมมือ การสื่อสาร การร่วมวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างเสริมเครือข่ายในการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นวิธีการที่จะทำให้ทรัพยากรในการจัดการดูแลโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ห่างไกลในทางอ้อม และความผาสุกของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในการลดความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย

๑.๖.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑) ดารณี จามจุรี[๒๗] วิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง” ผลการวิจัยพบว่า หลักสูตรฝึกอบรมมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมทั้งทางด้านความรู้ ทักษะและเจตคติตามความมุ่งหมายของหลักสูตร โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการฝึกอบรมด้านเจตคติสะท้อนการให้คุณค่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ด้านทักษะสะท้อนผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่ได้รับในด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาลการสื่อสาร การสะท้อนความคิด การสร้างแรงจูงใจ การใช้กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรมได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการประเมินว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่แบบประเมินพลังอำนาจควรมีการปรับปรุงด้านเนื้อหาและรายละเอียด

๒) เนตรฤทัย ภูนากลม[๒๘] วิจัยเรื่อง “การศึกษาความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง” ผลการวิจัยพบว่า สำหรับความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า เด็กป่วยสะท้อน

---

[๒๗]ดารณี จามจุรี, “การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง”, **วิทยานิพนธ์นิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๕).

[๒๘]เนตรฤทัย ภูนากลม, “การศึกษาความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง”, **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๐).

ความเศร้าโศกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นตามระยะของการเจ็บป่วยเป็น ๒ ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มรับรู้การเจ็บป่วย และระยะรักษา เนื่องมาจากการรักษาที่ยาวนานไม่สิ้นสุดมีระยะโรคสงบและระยะโรคกำเริบเกิดขึ้นตลอดเวลา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ความคิด ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม การดูแลจากบุคลากรสุขภาพ และเศรษฐกิจ ครอบครัว และมีการเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรค ซึ่งข้อความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของเด็กป่วยต่อไป

๓) มนู วาทิสุนทรและคณะ[๒๙] วิจัยเรื่อง "การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ" ผลการวิจัยสรุปได้ว่า จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในภาครัฐมีแต่การบริการโดยภาคเอกชนด้วยการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนของไทยมีหลายลักษณะ ทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริการผู้สูงอายุที่แน่ชัด การให้บริการส่วนใหญ่เน้นการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุ และมีลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ ประกอบกับหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหา และผลักดันให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

๔) สรรเสริญ ไข่ลือนาม[๓๐] วิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร" ผลการวิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ประการ คือ ด้านโครงสร้างและระบบการส่งต่อที่ต้องจัดตั้งหน่วยงานในสถานบริการขึ้นใหม่ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการ ด้านการเตรียมของบุคลากรที่ต้องเสริมแนวคิดและเทคนิควิธีปฏิบัติ และสุดท้าย คือด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งการปฏิบัติการนอกเหนือจากการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขยังร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต่างเห็นด้วยและต้องการให้นำไปสู่การปฏิบัติการจริง

---

[๒๙]มนู วาทิสุนทร และคณะ, "การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ", **รายงานผลการวิจัย**, (กรมอนามัย: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑).

[๓๐]สรรเสริญ ไข่ลือนาม, "การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร", **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑).

๕) วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี[๓๑] เสนอบทความเรื่อง ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้นำเสนอไว้ว่า แม้ว่าปัจจุบันจะมีวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ แต่พบว่ามีผู้ป่วยโรคเหล่านี้จำนวนมากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจาก จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามโครงสร้างอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น จนเกินศักยภาพของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ระบบสุขภาพนำวิทยาการที่พิสูจน์แล้วมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างจำกัด และ ระบบสุขภาพปัจจุบันที่ออกแบบเพื่อรักษาโรคเฉียบพลันไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ด้านการดูแลรักษาโรคเรื้อรังได้ จึงมีการพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในทศวรรษ 1990 โดยมีแนวความคิดว่ากระบวนการและผลลัพธ์การรักษาที่มีคุณภาพจะบังเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีความรู้ และกระตือรือร้นและคณะผู้บริการที่เตรียมพร้อมล่วงหน้า ซึ่งจะเป็นจริงได้ต้องอาศัยองค์ประกอบ ๖ ประการของ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังนี้ คือ (๑) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (๒) การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (๓) การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (๔) การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริการ (๕) ระบบและองค์กรสุขภาพที่เกื้อหนุนการดูแลโรคเรื้อรัง และ (๖) การสนับสนุนทางนโยบายและทรัพยากรจากชุมชน

๖) พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ)[๓๒] วิจัยเรื่อง “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก” ผลการวิจัยสรุปได้ว่า พระสงฆ์ไทยในปัจจุบันต่างมีวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพที่แตกต่างจากพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาลอย่างมาก สืบเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ประเพณีและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้วิถีชีวิตหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์เปลี่ยนไป สำหรับปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน กลับกลายมาเป็นโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ดีและสะดวกสบาย ที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฉันอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการฝึกจิตภาวนา

๗) จุฑามาศ วารีแสงทิพย์[๓๓] วิจัยเรื่อง “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ” ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภาวะความซึมเศร้าเป็นปัญหาของสุขภาพจิตเป็นอย่างแรก พบถึงร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีผลทำให้

---

[๓๑]วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, **วิจัยระบบสาธารณสุข**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (ม.ค.-มี.ค. ๒๕๕๑) : ๘๒.

[๓๒]พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ), “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

[๓๓]จุฑามาศ วารีแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลและมีอัตราการตายสูงขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงไปด้วย จากหลักฐานยืนยันทางพระพุทธศาสนาได้พบว่า ธรรมปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ หรือการสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ สามารถลดอาการซึมเศร้าจากความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ เพราะจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้ธรรมปฏิบัติจะมีพลัง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗) สุวภรณ์ แนวจำปา[๓๔] วิจัยเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ" ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ควรได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา มิติทางสังคม วิธีการแบบองค์รวม เช่น การดูแลด้านร่างกายโดยการสร้างบรรยากาศ การดูแลด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ให้ครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ การตายอย่างสงบ หลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการคือ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน โดยส่วนตนผู้ดูแลเองก็มีความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย ทำการดูแลอนุวัตตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำงานดูแลแบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลทั่วถึงทุกมิติ

๘) ทัศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์[๓๕] เสนอบทความเรื่อง รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากความคิดเห็นของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติที่สถานบริการปฐมภูมิและตติยภูมิ และการสนทนากลุ่มร่วมกัน สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ๓ ระยะ ดังนี้ ๑) การดูแลที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวการให้มารดามีส่วนร่วม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การเตรียมก่อนกลับบ้าน ๒) การส่งต่อการดูแล ประกอบด้วยการมีผู้ประสานงานส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ ๓) การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกันแต่ละระดับการดูแล เพราะว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ไม่สบายกายทุกข์ใจ ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และหวังให้มีชีวิตปกติ อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีส่วนรับรู้และเข้าใจในความเจ็บป่วยที่แท้จริงของเด็กต่อไป

---

[๓๔]สุวภรณ์ แนวจำปา, "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔).

[๓๕]ทัศนีย์ อรรถารส และ จุไร อภัยจิรรัตน์, "รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง", **วารสารสภาการพยาบาล**, ปีที่ ๒๖ ฉบับพิเศษ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๔) : ๑๑๒-๑๒๔.

๙) สุพัตรา บัวที[๓๖] เสนอบทความเรื่อง การสร้างพลังอำนาจกับการจัดการโรคเรื้อรังในเขตชนบท ได้นำเสนอไว้ว่า การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งหน้าที่และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต อุปสรรคสำคัญของการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกลในเขตชนบท คือ การขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ และทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพ การใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการจัดการบริการที่อาศัยการจัดการบริการในลักษณะผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นแนวทางที่น่าจะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีอิสระ และจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นเครือข่ายในการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นวิธีการที่จะทำให้ทรัพยากรในการจัดการดูแลโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ห่างไกลในทางอ้อม ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น พยาบาลจึงควรนำแนวคิดเรื่องการสร้างพลังอำนาจมาใช้ทั้งในการจัดการศึกษาพยาบาล การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสำหรับโรคเรื้อรังต่อไป

๑๐) วีณา เที่ยงธรรม และคณะ เสนอบทความเรื่อง "การวิเคราะห์งานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข" ได้นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หายการรักษาเป็นเพียงการพยุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคข้อเสื่อม เป็นต้น โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[๓๗]

๑๑) นุชนาฏ แจ้งสว่าง[๓๘] วิจัยเรื่อง "ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง : การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ" ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผลลัพธ์การจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้มีประสบการณ์ และพยาบาลจบใหม่ ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะผู้ป่วยที่พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า พยาบาลทั้งสามระดับมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมขณะที่เยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องปฏิบัติหลายบทบาทนอกจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจมีผลต่อปริมาณกิจกรรมพยาบาลที่พึงต้องปฏิบัติ หรืออาจเป็นเพราะความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลเป็นตัวแปรหนึ่งที่

---

[๓๖]สุพัตรา บัวที, "การสร้างพลังอำนาจกับการจัดการโรคเรื้อรังในเขตชนบท", **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๘๕.

[๓๗]วีณา เที่ยงธรรม และคณะ, "การวิเคราะห์งานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข", **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม–สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๓.

[๓๘]นุชนาฏ แจ้งสว่าง, "ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง : การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ", **วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล)**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๔).

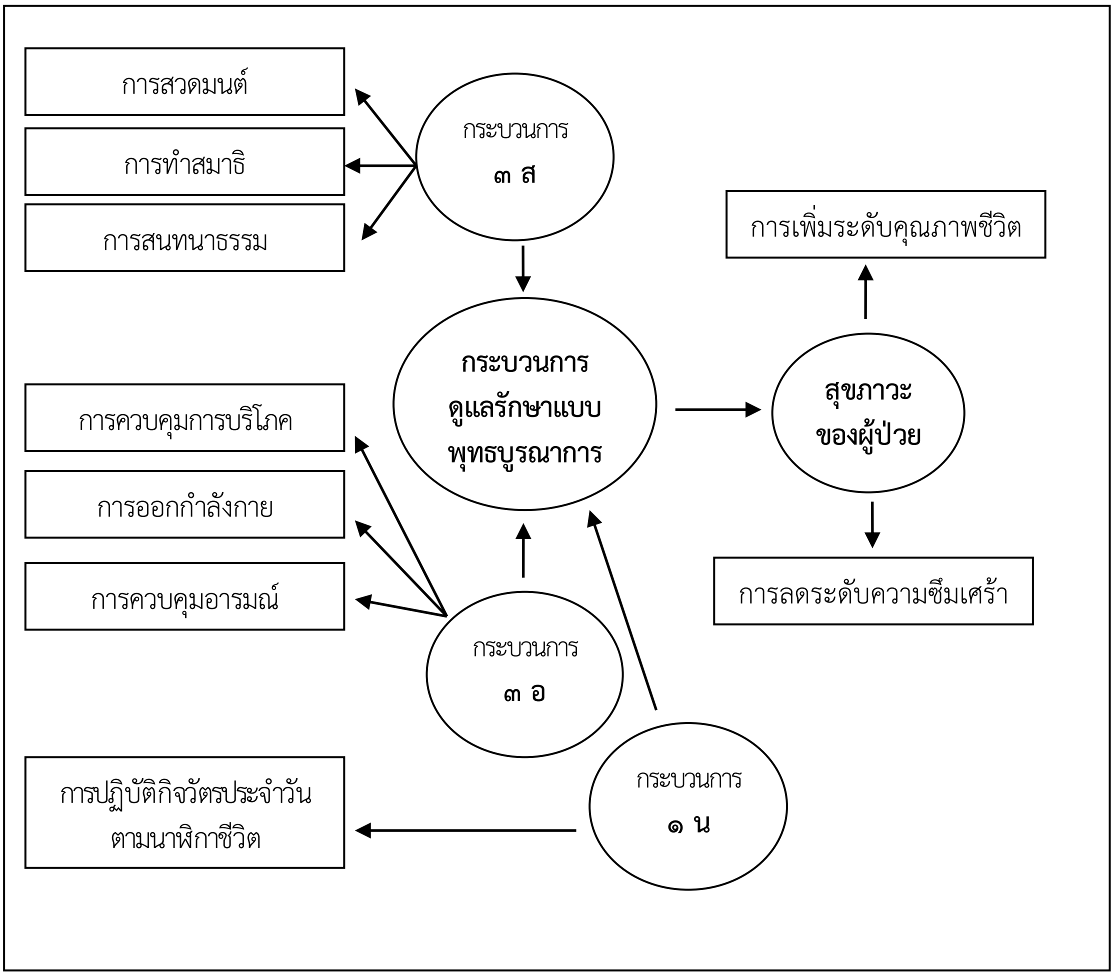
ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ และจากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยญาติ และในกลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่มีพยาบาลผู้มีประสบการณ์ และพยาบาลจบใหม่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนถึง ความสามารถของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างครบถ้วน และตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา มิติทางสังคม วิธีการแบบองค์รวม เช่น การดูแลด้านร่างกายโดยการสร้างบรรยากาศ การดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหา และผลักดันให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผ่านกระบวนการการสื่อสาร การสะท้อนความคิด การสร้างแรงจูงใจการใช้กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการจัดตั้งหน่วยงานในสถานบริการขึ้นใหม่ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการ เพื่อการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการให้การรักษาได้ต่อไป

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบางส่วนข้างต้นนี้ ชี้ให้เห็นมิติการมองชีวิตและความตายของมนุษย์ว่ามีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นด้วยเงื่อนไขทางสังคม เทคโนโลยีทำให้มนุษย์มีหวังที่จะยืดอายุความตายออกไปให้ยืนยาวขึ้น แต่มิได้หมายความว่าจะรอดพ้นความตายไปได้ เมื่อมนุษย์ต้องตายอย่างแน่นอน ศาสนาจึงสอนให้ยอมรับความจริงและปฏิบัติต่อความตายด้วยสติปัญญาอย่างรู้เท่าทันโดยไม่ทุกข์ซึ่งถือเป็นทางออกที่ดีที่สุด พระพุทธศาสนามีแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อชีวิตที่น่าสนใจยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษารายละเอียดทั้งแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่อชีวิตทั้งในทัศนะพระพุทธศาสนา ทัศนะการแพทย์แผนใหม่แบบตะวันตกหรือแพทย์แบบแผน และศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในสังคมไทย เพื่อประยุกต์หรือบูรณาการแก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันและในอนาคต

๑.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



๑.๘ สมมติฐานการวิจัย

การออกแบบการวิจัยในระยะที่ ๒ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้กระบวนการดูแลรักษาแบบพุทธบูรณาการ (กิจกรรม ๓ ส ๓ อ ๑ น) โดยผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานในการวิจัย ๒ ข้อดังนี้

๑.๘.๑ กลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นหลังจากได้ใช้กระบวนการรักษาแบบพุทธบูรณาการ

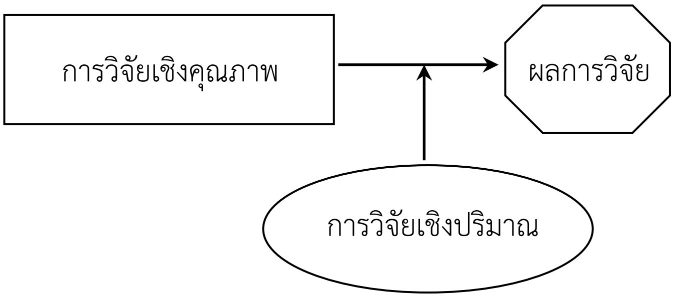
๑.๘.๒ กลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร้าลดลงหลังจากได้ใช้กระบวนการรักษาแบบพุทธบูรณาการ

๑.๙ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็นเป็น ๒ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ ใช้แนวทางวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) ในการศึกษา ๑) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ๒) พุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ ๓) สังเคราะห์เกี่ยวกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนา โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้ได้กระบวนการรักษาแบบพุทธบูรณาการ ที่ประกอบด้วย กิจกรรม ๓ ส ๓ อ ๑ น และระยะที่ ๒ ใช้แนวทางวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) ในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ โดยผลการศึกษาสามารถวัดได้จากระดับคุณภาพชีวิต และระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

แผนแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) ผู้วิจัยได้ใช้แผนแบบการวิจัยแบบผสมวิธีโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (quantitative method to extend qualitative results) แสดงได้ดังแผนภาพที่ ๑.๒

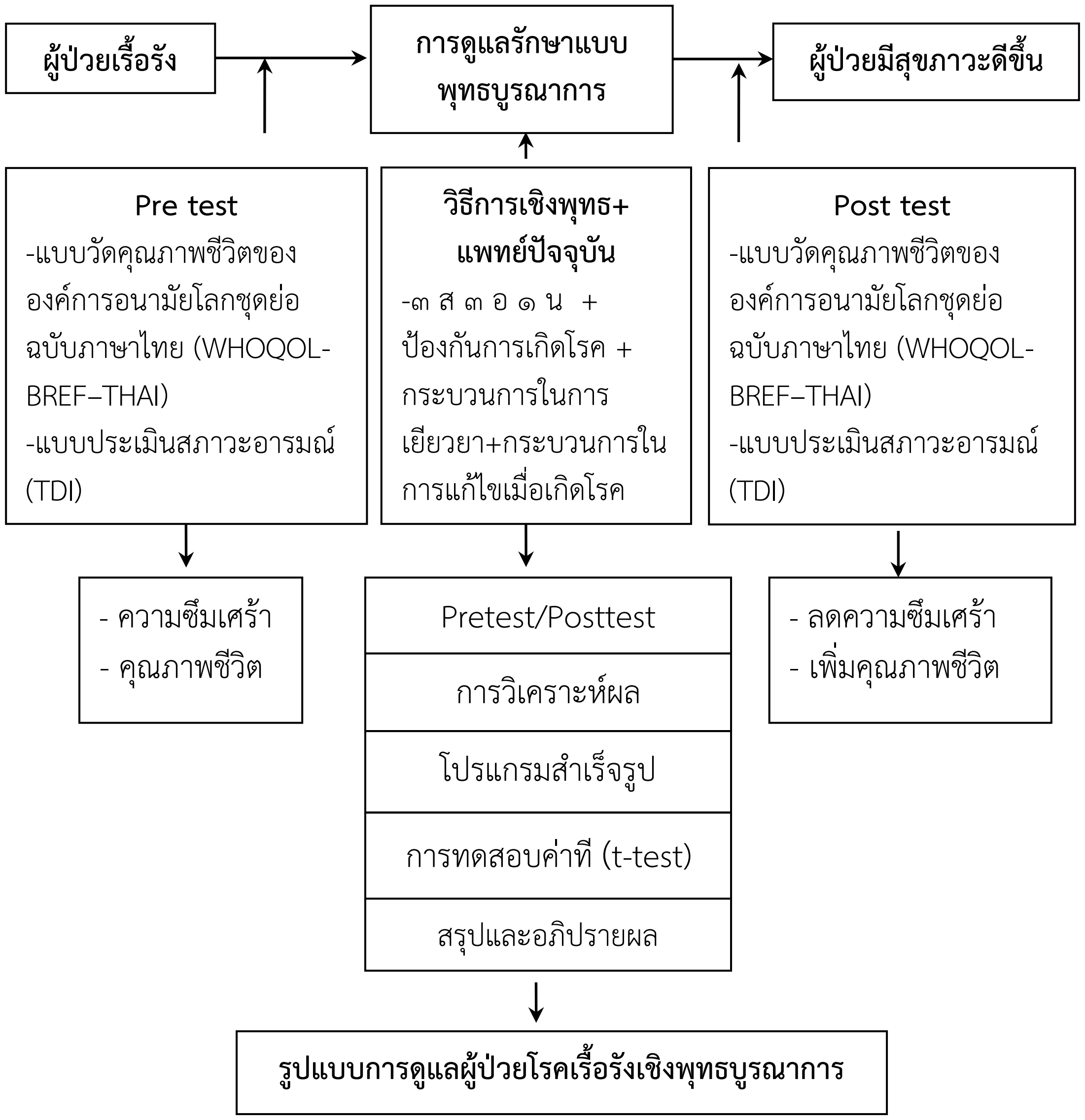


แผนภาพที่ ๑.๒ การวิจัยแบบผสมวิธีด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ[๓๙]

จากแผนแบบการวิจัยในแผนภาพที่ ๑.๒ ทำให้ได้แนวทางในการออกแบบการวิจัย โดยเริ่มต้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเป็นระยะที่ ๑ และตามด้วยระยะที่ ๒ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณโดยเริ่มจากการพัฒนาผลการวิจัยในระยะที่ ๑ แล้วนำข้อมูลมาผสมเพื่อเชื่อมโยงกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ ๒ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ ๑ ซึ่งก็คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

[๓๙] อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, **วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ**, หน้า ๕๗.

โรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ที่ผ่านการทดลองใช้จริงจากกลุ่มตัวอย่าง แสดงขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ ๑.๓ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในแผนภาพที่ ๑.๓ ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดในการออกแบบการวิจัย โดยการออกแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling design) การออกแบบการพัฒนาเครื่องมือวิจัย (measurement design) และการออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล (analysis design) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ ๑ การออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ (qualitative research design)

เป็นการออกแบบการวิจัยโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งการศึกษาเป็น ๓ ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ ๑ การศึกษาและวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ศึกษาได้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีชื่อเสียงและมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในสังคมไทยปัจจุบัน

ขั้นที่ ๒ การศึกษาและวิเคราะห์พุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาเนื้อหาได้จากในคัมภีร์พระไตรปิฎกและคัมภีร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อต้องการศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับ มุมมองต่อชีวิต สาเหตุการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตามแนวทางของพระพุทธศาสนา จากนั้นจะดำเนินการศึกษาจากหลักฐาน และกรณีตัวอย่างที่พระพุทธองค์และพระสาวกที่ได้แสดงบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ ๓ การสังเคราะห์เกี่ยวกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นการสังเคราะห์เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธ ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาปัญหาจริยธรรมในด้านการแสดงบทบาท หน้าที่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในคัมภีร์พระไตรปิฎก ในมิติการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตก ในมิติสุขภาพ การรักษาการเจ็บป่วย

การกำหนดวิธีการจัดกระทำข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและจำแนกตามประเด็น แล้วทำการลดทอนข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งกระบวนการทั้ง ๓ กระบวนการนี้ได้ทำควบคู่ไปกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกดำเนินการจนกระทั่งข้อมูลที่ต้องการมีความสมบูรณ์ ชัดเจน และข้อมูลที่ได้นั้นได้พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ เมื่อนั้นก็เป็นการเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ ๒ การออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณ (quantitative research design)

ในระยะที่ ๒ นี้ใช้การศึกษาด้วยวิธีการเชิงปริมาณ (quantitative approach) โดยการนำข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ ๑ มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ แสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑) การเลือกกลุ่มเพื่อทำการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเรื่องนี้ได้แก่ ประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นข้อมูลการคัดกรองจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๘,๒๐๒ คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเรื่องนี้คือ

ประชาชนที่มีอายุ ๑๘-๗๐ ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑๐๐ คนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

๒) ประชากรที่จะศึกษา คือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาติดต่อกันเกิน ๓ เดือนและมีภาวะที่การเกิดภาวะโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

๓) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับคัดเลือกเข้างานวิจัย มีคุณลักษณะดังนี้

(๑) เพศ จะไม่มีการกำหนดเพศในอบรมในแต่ละครั้ง ซึ่งในการอบรมจะมีทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจะรับสมัครจากบุคคลทั่วไปที่มีภูมิลำเนา ในจังหวัดกาญจนบุรี

(๒) การนับถือศาสนา ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธเท่านั้น

(๓) วัย ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องมีอายุระหว่าง ๑๘-๗๐ ปี เท่านั้น

(๔) ลักษณะ ลักษณะของบุคคลที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ คือบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

(๕) ความบกพร่องทางร่างกาย ผู้ป่วยไม่มีความพิการทางด้านการรับรู้ เช่น หูหนวก พิการทางสมอง และไม่สามารถอ่านหนังสือออก

(๖) ผู้ป่วยไม่มีอาการเฉียบพลันในในระหว่างการวิจัย เช่น หัวใจวาย การติดเชื้ออย่างรุนแรง

(๗) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

๔) เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

(๑) ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันในในระหว่างการวิจัย เช่น หัวใจวาย การติดเชื้ออย่างรุนแรง

(๒) ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน ๗๐ ปี

(๓) ผู้ป่วยไม่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

(๔) ผู้ป่วยที่เป็นหญิงมีครรภ์ใกล้คลอด

๕) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองจะเลือกจากคุณสมบัติผู้ป่วยตามกำหนดในขอบเขตเบื้องต้นที่อยู่ในการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๕๐ คน ดังนี้

(๑) กลุ่มควบคุม ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยการให้ความรู้แนะนำแนวทางการปฏิบัติตนเอง ได้รับการตรวจสุขภาพตามปกติ

(๒) กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยที่ค่ายสุขภาพดี วิถีพุทธ สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ธรรมปฏิบัติ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ โดยมีวิธีการดังนี้

๑) ศึกษาเอกสาร หลักธรรม ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านพระพุทธศาสนา และทางด้านการแพทย์ เพื่อกำหนดกรอบในการใช้ ธรรมปฏิบัติให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ดังนี้

(๑) ชุดธรรมปฏิบัติ ๓ ส ๓ อ ๑ น

(๒) แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI)[๔๐] (ผู้วิจัยขออนุญาตจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน แบ่งโดยพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั้งหมด ๒๖ ข้อ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ ๒, ๓, ๔, ๑๐, ๑๑, ๑๒ และ ๒๔

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ ๕, ๖, ๗, ๘, ๙ และ ๒๓

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ ๑๓, ๑๔ และ ๒๕

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ ๑๕,๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐, ๒๑ และ ๒๒

ส่วนข้อ ๑ ข้อ ๒๖ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง ๔ ด้านนี้ ซึ่งเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ปรากฏดังตารางที่ ๑.๑

ตารางที่ ๑.๑ แสดงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
๑. ด้านสุขภาพกาย	๗ – ๑๖	๑๗ – ๒๖	๒๗ – ๓๕
๒. ด้านจิตใจ	๖ – ๑๔	๑๕ – ๒๒	๒๓ – ๓๐
๓. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓ – ๗	๘ – ๑๑	๑๒ – ๑๕
๔. ด้านสิ่งแวดล้อม	๘– ๑๘	๑๙ – ๒๙	๓๐ – ๔๐
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**๒๖ – ๖๐**	**๖๑ – ๙๕**	**๙๖ – ๑๓๐**

[๔๐]สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, “เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด ๑๐๐ ตัวชี้วัด และ ๒๖ ตัวชี้วัด”, **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,** ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ (มิถุนายน-กันยายน ๒๕๔๑) : ๔-๑๕.

(๓) แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (The Thai Depression Inventory) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression score)[๔๑] (ผู้วิจัยขออนุญาตจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี)

๒) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรังเชิงพุทธบูรณาการ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ ไปหาคุณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงตรง (Validity) ด้านเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบประสิทธิภาพ ความเหมาะสม ดังมีรายนามผู้เชี่ยวชาญดังนี้

(๑) พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

(๒) พระเมธาวินัยรส, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

(๓) ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(๔) ศาสตราจารย์ ดร.วัชระ งามจิตรเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาปรัชญา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(๕) ดร. อำนาจ บัวสิริ รองผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

ได้ขออนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้เข้าใจง่ายขึ้น หลังจากได้ทำการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบประสิทธิภาพความเที่ยงตรงของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรังเชิงพุทธบูรณาการ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ พบว่า มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๘ มีความเหมาะสม สามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธีระหว่างระเบียบวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) และ วิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยเน้นการนำเนื้อหาจากพระไตรปิฎก ตำรา เอกสารมาวิเคราะห์ (Content Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง การศึกษาข้อมูลขั้นปฐมภูมิ (Primary sources) ได้แก่ คัมภีร์พระไตรปิฎก ตำราทางการแพทย์ และเอกสารชั้นทุติยภูมิ (Secondary sources) ได้แก่ อรรถกถา ฎีกา อนุฎีกา หนังสือ ข้อเขียน งานวิจัย และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาและตามหลักการแพทย์สมัยใหม่แนว

---

[๔๑]Manote Lotrakul and Pramote Sukanich, “Development of the Thai Depression Inventory”, **Journal of the Medical Association of Thailand**, Vol. 82 No. 12 (December 1999) : 1200-1207.

ตะวันตก เป็นแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในลำดับแรกของการศึกษานี้ ซึ่งมีประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ นิยามและความหมาย ลักษณะหรืออาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการแพทย์ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการแพทย์แบบองค์รวม วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการแพทย์และจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการแพทย์

ขั้นตอนที่สอง บูรณาการแนวคิดในขั้นตอนแรกและขั้นตอนที่สองเข้าด้วยกัน โดยขั้นตอนการเตรียมการบูรณาการ ผู้วิจัยได้นำความรู้ มาศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง ข้อดีและข้อเสียของแนวคิดและวิธีการ รวบรวมผลการศึกษา และจัดผลการศึกษา ตลอดจนเรียบเรียงภายใต้กรอบแนวคิดและวิธีการ เพื่อเป็นฐานในการศึกษาวิจัยขั้นต่อไป ในขั้นตอนการบูรณาการผู้วิจัยได้นำผลมาจากขั้นตอนส่วนที่เป็นความเหมือนและความต่าง ข้อดีและข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียง

ขั้นตอนที่สาม ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการในลักษณะของฝึกอบรม และ เครื่องมือในการวิจัย จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ในเครื่องมือในการวิจัยเบื้องต้น ปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่สี่ ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการอบรมดูแลสุขภาพที่ค่ายสุขภาพดี วิถีพุทธ สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ต.วังกระแจะ อ.ไทรโยค จ.กาญจนบุรี จำนวน ๕๐ คน ระหว่างวันที่ ๓-๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ห้า ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำมาจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งหาข้อยุติในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการต่อไป

ขั้นตอนที่หก ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ที่ได้รับการปรับปรุงและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ๑) กิจกรรม ๓ ส ได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิ และ การสนทนาธรรม ๒) กิจกรรม ๓ อ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และ การควบคุมอารมณ์ ๓) กิจกรรม ๑ น ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามนาฬิกาชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ค่ายสุขภาพดี วิถีพุทธ สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรีเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มทดลองที่ต้องอยู่รอบเดิมตลอดการศึกษา จึงต้องจำกัดวิธีการของธรรมปฏิบัติตามรอบการฝึกอบรม แต่อย่างไรก็ดีผู้เข้ารับการอบรมต้องมีอายุ ๑๘-๗๐ ปี และต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) โดยมีกรอบในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

๑) กลุ่มตัวอย่างต้องลงนามอนุญาตในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information Sheet)

๒) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุขภาพเบื้องต้น (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และ เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว)

๓) การทดสอบก่อนและหลังการวิจัย (Pretest and Posttest) ก่อนและหลังการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการประเมินจากแบบสอบถามมาตรฐาน คือ

(๑) แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

(๒) แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI)

(๓) แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (The Thai Depression Inventory) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression score)

ขั้นตอนที่ ๗ สรุปผลการศึกษา และนำเสนอรายงานผลการศึกษาในรูปแบบตารางประกอบความเรียงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

แจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทำก่อนเริ่มโครงการ (Pre-test) รวมทั้งให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ (Post-test) โดยมีผู้ช่วยแจกและเก็บแบบสอบถาม พร้อมให้คำอธิบายคำถามที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ซึ่งผู้ช่วยเหล่านั้นได้ทำความเข้าใจในคำถามทุกข้อกับผู้วิจัยไว้เรียบร้อยแล้ว

ส่วนการรวบรวมข้อมูลสัญญาณชีพในแต่ละครั้งที่ทำการวิจัย จะบันทึกความดันโลหิต ชีพจร และหายใจ ก่อนรับการอบรมเป็นเวลา ๑ ชั่วโมง และเริ่มทำการวิจัย หลังจากเสร็จจากการวิจัย จะวัดสัญญาณชีพอีกครั้งหนึ่ง โดยเจ้าหน้าที่จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ผลการวิจัย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์และแปลผลโดยใช้ t-test เพื่อพิจารณาความแตกต่างว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

การวัดผลของการทดลอง

การวัดผลของการทดลองครั้งนี้จะใช้วิธีวัดผลการทดลองแบบวัดก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการจากชุดเครื่องมือ คือ

๑) แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒) แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (TDI) เพื่อวัดภาวะความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เลขที่ ว.๐๑/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๖ (ดูรายละเอียดใน ภาคผนวก ก.) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือจะยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้

๑.๑๐ ประโยชน์ที่ได้รับ

๑.๑๐.๑ ได้ทราบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ทั้งนี้เพื่อให้ได้สารสนเทศพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการแสวงหาแนวทางในการดูแลรักษาเชิงบูรณาการต่อไป

๑.๑๐.๒ ได้ทราบแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาเป็นกระบวนการดูแลรักษาแบบพุทธบูรณาการโดยการผสานระหว่างวิธีการทางการแพทย์และวิธีการทางพระพุทธศาสนา

๑.๑๐.๓ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ เพื่อเสนอไปสู่การนำไปใช้ในบริบทอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีบุคลากรทางการแพทย์และทางพระพุทธศาสนาประสานความร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย

บทที่ ๒

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุกๆ ด้านในตัวบุคคล สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ในบทนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย โดยแบ่งประเด็นในการนำเสนอผลการศึกษาเป็น ๘ ประเด็น ดังต่อไปนี้

๒.๑ แนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
๒.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน
๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๒.๔ สถานการณ์ของโรคเรื้อรังในประเทศไทย
๒.๕ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๒.๖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน
๒.๗ การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๒.๘ การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มีรายละเอียดของแต่ละประเด็นของการศึกษาดังต่อไปนี้

๒.๑ แนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

๒.๑.๑ ความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ได้นิยาม และความหมายของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในลักษณะที่สอดคลองกัน ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานและความก้าวหน้าช้าโดยทั่วไป ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุที่ให้เกิดการเสียชีวิตในระดับสูงมากกว่าสาเหตุอื่นๆ ซึ่งจะพบมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางและมีแนวโน้มถึงการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังทั่วโลก[๑]

---

[๑]WHO, **Global status report on noncommunicable diseases 2010**, (Geneva: WHO, 2011), p.1, WHO, **Chronic diseases**, [Online]. source: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ [26 June 2013].

กลุ่มนักวิจัยสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา (The MacColl Institute for Healthcare Innovation) ให้นิยามโรคเรื้อรัง (Chronic illness) ว่า โรคเรื้อรังเป็นภาวะที่ต้องการความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการตอบสนองจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล[๒]

ลาร์เซ็น (Larsen) นำเสนอไว้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงหรือมีความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาล ตลอดถึงความต้องการในการชีวิตที่ดีและไม่ต้องการให้เกิดความบาดเจ็บที่ส่งผลต่อความพิการของตน[๓]

สโนดดอน (Snoddon) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาที่ยาวยาวนาน เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่น[๔]

ศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยมิชิแกน (The Center for Managing Chronic Disease : CMCD) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายและพิการในสหรัฐอเมริกา แม้ว่าโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาสุขภาพทั่วไป และการรักษาจะมีราคาแพง และส่วนใหญ่โรคเรื้อรังสามารถจะควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๕]

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยซึ่งมีการดำเนินการของโรค หรือการคงอยู่ของโรคยาวนาน[๖]

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาว ระยะของการรักษาค่อนข้างนาน อย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ต้องการการรักษาใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การเจ็บป่วยมักจะเป็นความเจ็บป่วย

---

[๒]อ้างใน ดุสิดา ตู้ประกาย และคณะ, “การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓ (ก.ค.-ต.ค. ๒๕๕๒) : ๘-๙.

[๓]Larsen, P.D., “Chronicity”, in **Chronic Illness : Impact And Interventions**, 8th ed., edits by Lubkin, I.M. and Larsen, P. D., (Massachusetts: Jones and Bartlett, 2013), p. 6.

[๔]Snoddon, J., **Case management of long-term conditions: principles and practice for nurses**, (Massachusetts: Blackwell, 2010), p.1.

[๕]The Center for Managing Chronic Disease, **What is chronic disease**, [Online], source: http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html [18 July 2013].

[๖]ดูรายละเอียดใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๑๖๘, ๕๕๔.

ถาวร และมักจะค่อยลุกลามรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะมีอาการที่ทุเลา แต่ถ้าขาดการระวังโรคอาจจะเกิดการกำเริบขึ้นได้[๗]

สุพัตรา ศรีวณิชชากร กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวรค่อยๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ จะมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[๘]

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี กล่าวไว้ว่า โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเข้าใกล้สู่ระดับการระบาด โรคเรื้อรังก่อผลกระทบทางลบทั้งต่อตัวบุคคลและระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง[๙]

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นิยามไว้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเกือบทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษายาวนาน หากได้รับการดูแลรักษา อย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีพอและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ อาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ที่มีชีวิตรอดอาจจะต้องมีภาวะความพิการ ซึ่งเป็นภาระต่อเนื่องหลังการรักษาไปตลอดชีวิตและเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก[๑๐]

สรุปได้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานและความก้าวหน้าช้า โดยทั่วไปเป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด โรคบางชนิดมีส่วนสัมพันธ์กันที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิต ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และ

---

[๗]ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**, (ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, ๒๕๓๗), หน้า ๙.

[๘]สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔.

[๙]วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔๘.

[๑๐]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๓.

โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่นๆ

๒.๑.๒ ลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพ เกิดขึ้นอย่างถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัวของบุคคลใน ทุกมิติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นมีการดำเนินของโรคหรือการคงอยู่ยาวนาน[๑๑] ซึ่งลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้[๑๒]

๑) การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ทำให้มีโอกาสที่จะลุกลามเป็นมากขึ้นจนถึงขั้นรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตส่งผลให้การรักษามีความลำบากมากยิ่งขึ้น

๒) การเปลี่ยนแปลงของโรคเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทั้งในระยะที่สงบและกำเริบ จนส่งผลให้ขาดการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ส่งผลให้โรคกำเริบได้

๓) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยที่การรักษาก็ไม่ได้ช่วยให้โรคและพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดหวังในการรักษา

๔) เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญความไม่แน่นอนมากมาย ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติมักมีความรู้สึกว่าชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนต้องระมัดระวังการโรคจะเกิดการกำเริบขึ้นอีก

๕) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ที่จะอยู่กับอาการของโรค ผลข้างเคียงของยาและการรักษา ต้องการให้ญาติ เพื่อนผู้ใกล้ชิด เข้าใจตนเองให้การช่วยเหลือเมื่ออาการของโรคปรากฏขึ้น และต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

๖) เป็นการเจ็บป่วยที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการรักษาและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

๗) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งบริการต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่มีปัญหาความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความต้องการได้รับการสนับสนุนและประคับประคองทางด้านจิตใจ จึงควรมีการจัดแหล่งบริการให้การปรึกษา รวมถึงสถานที่และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายสำหรับผู้ป่วย

---

[๑๑]สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**, หน้า ๑๖๘.

[๑๒]ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**, หน้า ๑๗-๒๐.

๘) เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างแพง เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานหรือตลอดชีวิต อาจจะเป็นเพียงยารับประทานหรือยาฉีด แต่บางรายอาจต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ซึ่งล้วนแต่ต้องใช้จ่ายเงินค่อนข้างมาก

ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นความบกพร่อง หรือ เบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะต่อไปนี้ คือ ๑) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ๒) มีความพิการหลงเหลืออยู่ ๓) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคือสู่ปกติ ๔) ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และ๕) ต้องการการติดตามเพื่อนิเทศ สังเกตอาการ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน

๒.๑.๓ การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความยุ่งยาก ซึ่งจะพบปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้น ตลอดเวลาเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมดุลของร่างกาย จิตใจของตน คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกและสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมตามปกติได้อย่างเหมาะสม มิลเลอร์ (Miller) ได้จำแนกภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ออกเป็น ๑๓ ด้าน ดังนี้

๑) ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน เพื่อที่จะไม่ทำให้การเจ็บป่วยสร้างปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนกับผู้อื่น

๒) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครรลองชีวิต เพื่อควบคุมอาการและมีชีวิตอยู่อย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมถึงเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมใดๆ ที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

๓) การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๔) การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก เป็นการดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงศักยภาพของตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการเพิ่มความนับถือในตนเอง

๕) การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น

๖) การจัดการกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

๗) การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาท โรคเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียและปรับเปลี่ยนบทบาทของตน

๘) การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตควบคู่ไปกับกิจวัตรประจำวันต่างๆ

๙) การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

๑๐) การเผชิญกับการตีตราทางสังคม

๑๑) ความพยายามในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย

๑๒) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตน

๑๓) การคงไว้ซึ่งความหวัง การที่ผู้ป่วยต้องประสบความยุ่งยากจากความไม่แน่นอน หรือการลุกลามของพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวังต่อการ

ควบคุมหรือจัดการกับ ผลกระทบอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ความหวังเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้ กับความยุ่งยากเหล่านั้น เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวทั้งที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง[๑๓]

สามารถสรุปได้ว่า การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการจัดการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในสังคม มีกระบวนการในปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ยอมรับในวิถีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนเองที่นำไปสู่การสูญเสียบทบาทต่างๆ เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม บทบาทในหน้าที่การงาน รวมถึงการลดบทบาทในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดและรู้สึกสูญเสียต่อคุณค่าของตนไป และมีความหวังในการจัดการกับความเจ็บป่วยไม่ให้เกิดการท้อแท้ และสิ้นหวังในการต่อสู่กับความเจ็บป่วย

๒.๑.๔ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย

การเจ็บป่วยทุกชนิดมีผลกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคล ทำให้บุคคลเสียความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยในระยะต่างๆ การปรับตัว กับความทุกข์ทรมานทางกาย การต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยทางกาย การเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเต็มไปด้วยความทุกข์และความเครียดที่วิถีการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาและติดตามการรักษาสักเพียงใดก็ตาม บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น บางรายมีการตอบสนองต่อยาที่ใช้ค่อนข้างช้า บางรายถึงกับพบว่ายาและการรักษาต่างๆ ที่ได้รับไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเท่าไรนัก แต่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างแน่นอนคือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพที่ก้าวหน้าทำให้บุคคลต้องเสียพลังงานไปโดยไม่เกิดประโยชน์ และไม่สามารถที่จะใช้พลังงานของตนเองได้ในทางที่เหมาะสม[๑๔]

สเมลเซอร์และคณะ (Smeltzer et al.) นำเสนอไว้ว่า โรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อคนทุกเพศทุกวัยซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก ในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีโรคหลายโรค การเจ็บป่วยเรื้อรังจะพบได้ในประชากร กลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และเชื้อชาติกลุ่มทั้งหมด อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจจะพบว่าจะเกิดปัญหาในกลุ่มบางกลุ่ม

---

[๑๓]ดารณี จามจุรี, **รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**, (กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๔๖), หน้า ๖-๘.

[๑๔]ดูรายละเอียดใน สมจิต หนุเจริญกุล, “การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต”, ใน **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๔**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๕.

มากกว่าคนอื่น ดังตัวอย่างของการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชนพื้นเมืองอเมริกันอายุระหว่าง ๔๕ ปี ถึง ๖๔ ปี มีอัตราการตายสูงจากโรคเบาหวานและตับแข็งมากกว่าชาวผิวขาวในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเป็นคนยากจนและขาดความคุ้มครองด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทำให้ขาดโอกาสในการจัดการมาตรการป้องกัน[๑๕] โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งบางคนอาจเป็นบุคคลทุพพลภาพ ไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตในประจำวันได้อย่างปกติ[๑๖] สอดคล้องกับการนำเสนอของมิลเลอร์ (Miller) ที่นำเสนอไว้ว่า ถึงแม้การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อผู้ป่วยต่างกัน แต่สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกัน คือ ความอ่อนแอในหน้าที่ทั้งทางกาย รวมถึงจิตวิญญาณ และผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้[๑๗] สามารถอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

๒.๑.๔.๑ ผลกระทบต่อตนเอง

๑) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรือรังอย่างถาวร รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตใจ สังคม หรือเป็นผลจากการดูแลรักษา ได้แก่ เคมีบำบัด การฉายแสง เป็นต้น ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้านร่างกายที่พบบ่อยมีดังนี้

(๑) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มักเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่จากภาวะเจ็บป่วยเรือรังของระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียน ระบบประสาท ระบบกระดูกและข้อ โดยอาจจะมีความผิดปกติของระบบเหล่านี้โดยตรง หรือความผิดปกติของระบบอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อระบบเหล่านี้

(๒) ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะทุพโภชนาการ โดยอาจเป็นผลโดยตรงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองหรืออาจเกิดจากสภาวะจิตใจที่เบี่ยงเบน กล่าวคือ จากการที่ภาวะเจ็บป่วยเรือรัง มักไม่หายขาดมีการกำเริบเป็นครั้งคราวต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

---

[๑๕]Smeltzer, Suzanne C., et al., **Brunner and Siddhartha's Textbook of Medical-Surgical Nursing**, 11th ed., (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006), p. 147.

[๑๖]ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ บรรณาธิการ, (ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๒), หน้า ๒.

[๑๗]Miller, J.F., **Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness**, p. 4.

อาจมีผล ทำให้ผู้ป่วยเกิดเบื่อหน่าย รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้อาจเป็นผลกระทบจากการรักษาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง อาหารเฉพาะโรคหรือข้อห้ามในการรับประทานอาหาร

(๓) ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เป็นผลกระทบด้านร่างกายที่พบในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน

(๔) ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผลกระทบที่พบบ่อยได้แก่ ความเจ็บปวด อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทำให้ความกระปรี้กระเปร่าและความมีชีวิตชีวาลดลง รับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง

(๕) ความผิดปกติของการขับถ่าย พบได้ทั้งท้องผูก ท้องเดิน ถ่ายดำ แตกต่างกันตามสาเหตุ

(๖) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองและหรือจากความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งพบได้เสมอ

(๗) การมีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษาและความเครียด โดยทำให้เกิดข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง หรือ สมรรถภาพทางเพศลดลง

(๘) ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงหมดสติ

นอกจากนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังยังก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การป้องกันภาวะวิกฤตที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และการจัดการกับภาวะวิกฤต การควบคุมอาการและอาการแสดงของโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และจัดการปัญหาความยุ่งยากที่เกิดจากการรักษา การป้องกันการแยกตัวจากสังคม หรือการอยู่ตามลำพังคนเดียว การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ไม่ว่าจะเป็นความเสื่อม หรือระยะสงบของโรค การรักษาความเป็นปกติทั้งด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและวิถีชีวิตของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการดำรงชีพ ไม่ว่าจะเกิดจากการตกงานหรือการที่ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ[๑๘]

๒) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีลำดับขั้นตอนและมีความสลับซับซ้อนซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาการของบุคคล ความสำคัญจึงอยู่ที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการรักษาและดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

---

[๑๘]ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**, หน้า ๑๒๔-๑๒๕.

หน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อควบคุมโรคจึงเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพราะโรคเรื้อรังส่วนมากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง[๑๙] ซึ่งสอดคล้องกับที่คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่นำเสนอไว้ว่า “ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของการวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต กลัวความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และอาจคิดฆ่าตัวเองในที่สุด”[๒๐]

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมายที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ เนื่องจากการถูกคุกคามต่อบทบาทและหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่ คุกคามต่อความผาสุกของชีวิตและร่างกาย ความสุขสบายและความครบถ้วนของร่างกายทุกโรคเรื้อรัง ความพิการและการรักษา ความเป็นอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่นและความเป็นส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์และบทบาท เป้าหมายในชีวิตและแผนการในอนาคต สัมพันธภาพในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่เคยชิน ผลกระทบของความเจ็บป่วยและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล[๒๑] จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายเนื่องจากโรคเรื้อรัง บุคคลจะเกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ตามมาอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร จะทำให้บุคคลรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียกลัวโกรธสลับกันไป ผู้ป่วยเรื้อรังมักมีความเศร้าโศกต่อความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างมาก คือ การต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อการควบคุมการรักษาของตนเอง[๒๒]

๒.๑.๔.๒ ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่

---

[๑๙] ดารณี จามจุรี, **รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**, หน้า ๒.

[๒๐] ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน**, หน้า ๘.

[๒๑] Falvo, Donna R., **Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability**, 4th ed., (Massachusetts: Jones and Bartlett, 2010), pp. 20-25.

[๒๒] ดูรายละเอียดใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**, หน้า ๕๑.

๑) ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น

๒) มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะกับสถานการณ์ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้อง หรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น

๓) มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป

๔) เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้นได้ โดยอาจส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย และต่อสมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไร้พลัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกกระทบ ฉะนั้นจึง ที่จะต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัว เพื่อผ่อนคลายให้สมาชิก ในครอบครัวถูกกระทบกระเทือนน้อยที่สุด[๒๓]

นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปกติสุขด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และภาวะเศรษฐกิจของบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและความวิตกกังวล ส่งกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกนึกคิดและสติปัญญา และด้านพฤติกรรม[๒๔] ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ขาดการตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และจะละเว้นที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ ดังคำกล่าวว่า

> แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ มักมุ่งมั่นและพยายามทำตามแผนการรักษาของตนโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะยอมรับในการกระทำต่างๆ หรือไม่ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยต่อต้านและไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเห็นว่าแผนการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของเขา ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เขาเสียเงินจำนวนมากหรือทำให้เขาต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่[๒๕]

นอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมดูแล

---

[๒๓]ดูรายละเอียดใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน**, หน้า ๙-๑๑.

[๒๔]Kapella, M.C., et al., “Subjective fatigue, influencing variables and consequences in chronic obstructive pulmonary disease”, **Nursing Research**, Vol. 55 No. 1 (January-February 2006) : 10-17.

[๒๕]สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**, หน้า ๕๒.

สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการมีแรงจูงใจด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และการให้คุณค่าในการแสดงพฤติกรรมเพื่อการป้องกันนั้นมีปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากร ลักษณะทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก ซึ่งจะจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ[๒๖] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะ ประสบการณ์ และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด[๒๗]

สรุปได้ว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในครอบครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ระบุไว้ถึงความเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตการสมรส มีความขัดแย้งในครอบครัว และบางครั้งส่งผลทำให้เกิดการหย่าร้างได้ในที่สุด

๒.๑.๔.๓ ผลกระทบต่อการดูแลรักษา

ผู้ที่เจ็บป่วยนอกจากจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ทนทุกข์ทรมานจากโรคแล้วยังจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นภาวะหรือสถานการณ์แปลกใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงชีวิตของเขา ทำให้ต้องปรับตัวจนถึงที่สุด ภารกิจหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญนี้ สามารถจำแนกออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

๑) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยตรง

(๑) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในหลาย ๆ ด้าน

(๒) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการตรวจวินิจฉัย เช่น การเจาะเลือดบ่อยๆ การเจาะน้ำไขสันหลัง การแทงเส้นเลือดเพื่อให้น้ำเกลือ การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น มากหรือน้อยแตกต่างกันไป

---

[๒๖]Smith, Claudia M. and Maurer, Frances A., **Community health nursing : theory and practice**, 2^{nd} ed., (Philadelphia: Saunders, 2000), p. 452.

[๒๗]Pender, Nola J., Murdaugh, Carolyn L., and Parsons, Mary A., **Health Promotion in Nurse Practice**, 6^{th} ed., (Boston: Pearson, 2011).

(๓) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยก็ต้องเปลี่ยนไป ทั้งการกินอยู่หลับนอน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

(๔) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒) ปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยโดยตรง

ความเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ การงาน ความรับผิดชอบ ครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญหน้าและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ให้ได้ ความเครียดวิตกกังวล อาจจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยพยายามปรับตัวต่อเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) การรักษาความรู้สึกที่ดีไว้ พยายามให้ตัวเองยังรู้สึกเข้มแข็ง มีความหวังไม่ท้อถอย สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดให้ผ่านพ้นไปได้

(๒) การรักษาภาพพจน์ของตนเองไว้ ทั้งนี้เพราะการเจ็บป่วยบางอย่างมีผลทำให้สูญเสียความสามารถ สูญเสียอวัยวะ สูญเสียภาพพจน์เดิมที่เป็นลักษณะภายนอกได้

(๓) การรักษาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย พึ่งพาอาศัยตนเองไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หรือกำลังจะถูกทอดทิ้งได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่หมดหวัง หรือผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย ยิ่งทำให้ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ไป ทั้งๆ ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากในยามที่ไม่สบาย การเยี่ยมเยียนเอาใจใส่จากครอบครัวญาติ และเพื่อนๆ ล้วนมีผลทางด้านกำลังใจต่อผู้ป่วยอย่างมาก

(๔) การเตรียมใจสำหรับอนาคตที่ไม่แน่นอน เพราะว่าโรคบางชนิดหรือภาวะเจ็บป่วยบางอย่างมีการดำเนินโรค หรือการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ซึ่งผลอาจจะดีหรือร้ายก็ได้นั้น ทำให้เกิดความเครียดได้มาก[๒๘]

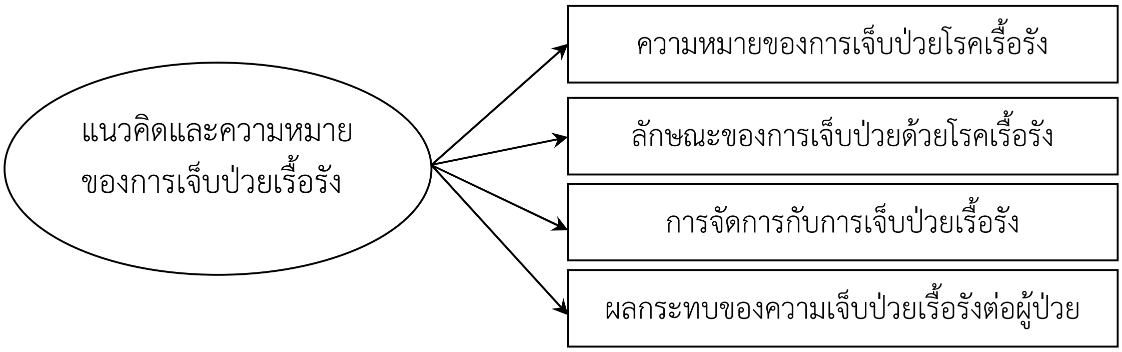
การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ ทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การรักษาโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนผ่านที่ดีขึ้น เพราะว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างย่อมส่งผลต่อการรักษาได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตรวมชีวิตปกติในสังคม[๒๙]

---

[๒๘]ศรีประภา ชัยสินธพ, **ปฏิกิริยาทางจิตสังคมอันเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย**, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-physical-illnesses/ [๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

[๒๙]Berntsson, Leeni, et.al., “Adolescent’s experience of well-being when living with a long-term illness or disability”, **Scandinavia Journal of Caring Science**, Vol. 21 No 4 (December 2007) : 419.

สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ และจะต้องปรับตัวปรับใจให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้ ต้องสร้างภาวะสมดุลขึ้นใหม่ให้กับตนเองทั้งทางกายและทางใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญและรับรู้สิ่งต่างๆ มากมายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยที่ได้รับ เรื่องราวต่างๆ ที่ได้ยินได้ฟัง จากแพทย์ พยาบาล เกิดความรู้สึกต่างๆ ขึ้น และจำเป็นต้องตอบสนองต่อข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติให้เกิดการปรับตัวที่ดีได้ อันเป็นผลจากความเจ็บป่วย สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ ๒.๑ องค์ประกอบแนวคิดและความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

๒.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอในรายงานว่า ร้อยละ๘๕ ในแต่ละประเทศให้หลักการป้องกัน และร้อยละ ๗๗ ได้ดำเนินการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงสร้างในการเสริมสร้างสุขภาพและร้อยละ ๘๑ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการจัดการโรคในระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศได้สนับสนุนให้มีการช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน[๓๐] ความชุกของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ของแต่ประเทศ ปัจจัยความเสี่ยงหลายประการมีความชุกสูง ได้แก่ สาเหตุทางกายภาพ การควบคุมปริมาณไขมันทั้งหมด การดูแลสุขภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐานและเกิดจากการไม่ดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ปล่อยให้ตนเองมีน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน[๓๑] ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายและเสียชีวิตใน

---

[๓๐]WHO, **Assessing national capacity for the prevention and control of non-communicable diseases : report of the 2010 global survey**, (Geneva: WHO, 2012), p. 8.

[๓๑]WHO, **Noncommunicable diseases country profiles 2011**, (Geneva: WHO, 2011), p. 6.

สหรัฐอเมริกา ถึงร้อยละ ๗ จากการเสียชีวิตทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา และชาวอเมริกัน ๒๕ ล้านอยู่กับโรคเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก[๓๒]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับความทุกข์และได้รับการเผยแผ่ไปในประเทศต่างๆ ซึ่งในแต่ละประเทศได้นำเอารูปแบบในการดูแลเข้าไปประยุกต์ใช้ในประเทศของตนเองจนเกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยในประเทศของตนผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาในประเทศ สามารถดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จได้รับการยอมรับจากประชาชน และในทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ๑) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ๒) Breakthrough series (BTS) ๓) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model : Expanded CCM) และ ๔) นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICCC) ผู้วิจัยจะได้นำเสนอดังรายละเอียดต่อไปนี้

๒.๒.๑ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เป็นการพัฒนาของนายแพทย์เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ จาก MacColl Institute for Health care Innovation ที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาในทศวรรษ 1990 เนื่องจากมีการศึกษาถึงความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน จึงได้มีโครงการในการดูแลรักษาผู้ป่วยภายใต้โครงการที่ชื่อว่า “National Program on Improving Chronic Illness Care” ภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิโรเบิร์ต วู๊ด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) โดยผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการนี้ คือ นายแพทย์วากเนอร์ เอ็ดเวิร์ด (Wagner Edward H.) ซึ่งเป็นแพทย์และผู้อำนวยการของ MacColl Institute for Health care Innovation เมืองซีแอตเติ้ล มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา[๓๓] นอกจากนี้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ยังเป็นตัวอย่างที่ดีในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลของแพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการยอมรับจากแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ ประเทศอื่นๆ ว่าสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และทำให้สุขภาพดีขึ้น[๓๔]

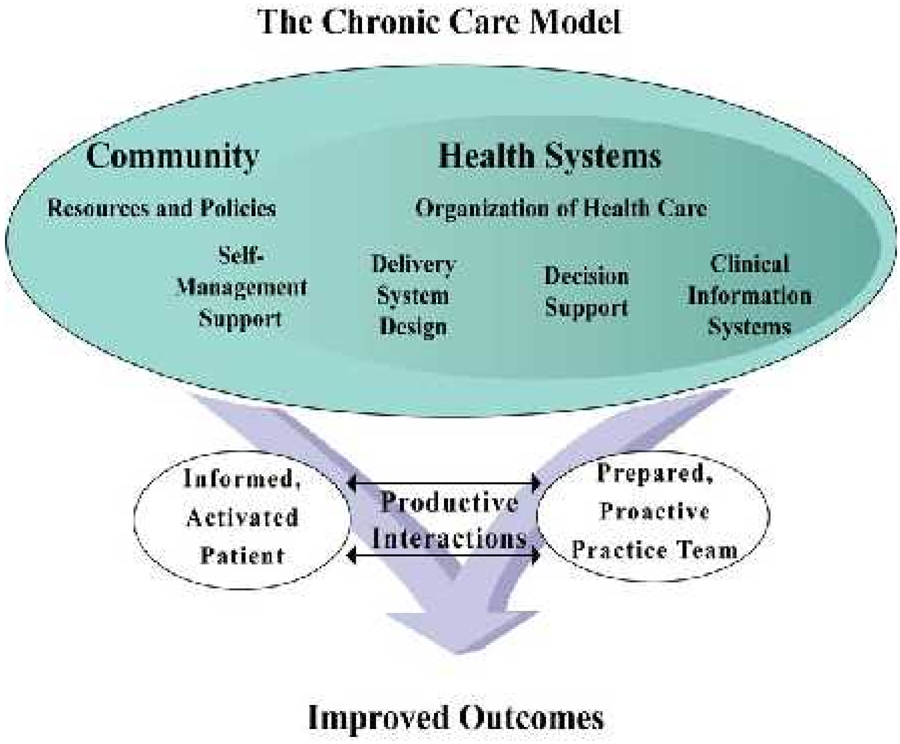
---

[๓๒]Farahani, P., “A Perspective on Principles of Comparative Cost-Effectiveness Studies for Pharmacotherapy of Chronic Diseases”, **Clinical Diabetes,** Vol. 30 No. 2 (April 2012) : 54.

[๓๓]Wielawski, I. M., “Improving Chronic Illness Care”, **To Improve Health and Health Care Volume X**. Edited by Stephen L. I. & James R. K., (New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation, 2006), p. 5.

[๓๔]Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H., “Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium”, **Health Affairs**, Vol. 28, No.1 (January-February 2009) : 75-85.

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการพัฒนานั้นเป็นนำกระบวนการต่างที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แสดงถึงความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ ๓) การออกแบบระบบการให้บริการ ๔) ระบบข้อมูลทางคลินิก ๕) หน่วยงานบริการสุขภาพ และ ๖) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ดังแผนภาพที่ ๒.๒



แผนภาพที่ ๒.๒ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model หรือ CCM)[๓๕]

จากแผนภาพที่ ๒.๒ แสดงถึงต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่เป็นกระบวนการดูแลโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ แสดงถึงความเชื่อมโยงในกระบวนการต่างๆ ที่มีแนวทางที่ส่งผลต่อภาพรวมในการที่จะนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถผสมผสานการทำงานที่เป็นทีม ส่งผลให้ปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ สามารถพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจต่อการประสานความร่วมมือจาก องค์กร และ

---

[๓๕]Improving chronic illness care, **The Chronic Care Model**, [Online], source: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2 [21 November 2014].

ชุมชนต่างๆ ในการเสริมสร้างกิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอธิบายโดยสังเขปดังนี้[๓๖]

๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support)

สำหรับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตามด้วยตนเอง การตรวจวัดน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นต้น

๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง และจะต้องผสมผสานเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปของการย้ำเตือนหรือกระตุ้นเตือน โดยมีหัวหน้าทีมแพทย์คอยควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ ในทางอุดมคติควรมีผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์โดยที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืออิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน

๓) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design)

จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการเวชปฏิบัติ มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องมีการวางแผนการดูแลระยะยาวออกจากระบบการดูแลโรคเฉียบพลัน โดยแพทย์จะเป็นผู้รักษาภาวะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ของระยะโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา การกำหนดนัดกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจตา การตรวจเท้า เป็นต้น และทำการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสม โดยการมาตรวจตามนัดที่มีการวางแผนอย่างดีเป็นการล่วงหน้านี้ถือเป็นแง่มุมที่สำคัญที่สุดของการออกแบบระบบการให้บริการ

๔) ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)

ระบบข้อมูลทางคลินิก เป็นระบบข้อมูลที่มีบทบาทสำคัญมีส่วนช่วยเป็นระบบการย้ำหรือกระตุ้นเตือนให้แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เพื่อ

---

[๓๖]ดูรายละเอียดใน Baumann, L. C. and Thanh Tran Ngoc Dang, “Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care”, **The Nurse Practitioner**, Vol. 37 No. 3 (March 2012) : 33, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๔ การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, (กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔-๒๕, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, (นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔-๒๙.

นำเสนอเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ในการแสดงให้เห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัด และเป็นทะเบียนข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล หรือการดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรการเชิงกลุ่ม ทะเบียนผู้ป่วยนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการแจ้งเตือนให้มีการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อถึงกำหนดการตรวจแต่ยังมิได้ทำการตรวจ

๕) การจัดองค์การดูแลสุขภาพ (Health care organization)

ระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐานนวัตกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการรักษาพยาบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมาก เพราะว่า การจัดการโรคเรื้อรังมิใช่เพียงการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีอาการขึ้นเป็นครั้งๆ แม้แก้ไขที่ต้นตอสาเหตุให้หายขาดไม่ได้ แต่ต้องมีกลวิธีในการควบคุม ป้องกันโรค ลดความเสี่ยง ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดง ยับยั้งมิให้โรคลุกลามมากขึ้น รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อน[๓๗]

๖) การใช้ทรัพยากรสิ่งสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Resources and Policies)

ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นจะต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็กเช่น คลินิกแพทย์ ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่างๆ ได้เองทั้งหมด เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ สถานพยาบาลอื่น สร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและพัฒนามาตรการแทรกแซงที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้[๓๘]

องค์ประกอบ ๖ องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้จะเกี่ยวเนื่องและอิงอาศัยกันและกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งไม่ได้พิจารณาแต่ผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมีคุณภาพที่ดี มีการจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อทีมผู้ให้บริการมีการเตรียมตัวและร่วมทำงานกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ ศักยภาพและมีความกระตือรือร้นในการร่วม

---

[๓๗]สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว** : ๔.

[๓๘]สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๔ การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, หน้า ๒๖.

พัฒนา[๓๙] ดังที่ประชาธิป กะทา นำเสนอไว้ว่า “ในชุมชนจึงมีระบบการแพทย์หลายระบบและมีหมอผู้ทำการเยียวยาความเจ็บป่วยหลากหลาย เพราะไม่มีระบบการแพทย์ใดจะตอบสนองความต้องการ หรือเยียวยาความเจ็บป่วย ได้อย่างเบ็ดเสร็จ เด็ดขาด จำเป็นต้องพึ่งพาหลายระบบไปพร้อมกัน”[๔๐]

จุดมุ่งหมายของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตสำหรับการเปลี่ยนแปลงการดูแลประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอย่างรุนแรง และมีแผนปฏิบัติการเชิงรุกในการดูแลประชาชน รูปแบบนี้ถูกออกแบบมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายผ่านกระบวนการดูแลจากทีมงานที่มีประสิทธิภาพและวิธีการที่ดี เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ให้บริการผู้ป่วย และปรับปรุงสุขภาพให้กลับมาสู่สภาพเดิม[๔๑] ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) แสดงให้เห็นการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และสิ่งที่ดีที่สุดต้องมีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการระบบสุขภาพ และ ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในสุขภาพที่ดีที่สุด โดยระบุแหล่งที่มาของอุปสรรค ผู้ดูแลที่เข้าใจและสนับสนุนความต้องการของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[๔๒]

ปัจจุบันมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหอบหืด นอกจากนี้ยังมีการนำไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่ที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางและเป็นการนำร่องคือการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes) หน่วยงานที่นำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ มีทั้งสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนขนาดใหญ่ และขนาดเล็กที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร สถานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ และศูนย์สุขภาพชุมชน ประเทศที่นำต้นแบบไปประยุกต์ใช้แล้วมีทั้งในทวีปอเมริกา (สหรัฐอเมริกา และแคนาดา) ทวีปยุโรป (สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และเดนมาร์ก เป็นต้น) และประเทศออสเตรเลีย อย่างไรก็ตาม องค์กรส่วนใหญ่จะนำเพียงบางแง่มุมของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ มีเพียงส่วนน้อยที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเต็มรูปแบบ[๔๓] ทั้งนี้เนื่องจากความพร้อมของทรัพยากร ประเทศใดไม่ว่าจะร่ำรวยเพียงใด ไม่สามารถที่จะทำให้ประชาชน

---

[๓๙]สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, หน้า ๒๙.

[๔๐]ประชาธิป กะทา, “สุขภาพ โรค การเจ็บป่วย : มุมมองทางมานุษยวิทยาการแพทย์”, **หมออนามัย**, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๔ (มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙) : ๖๐.

[๔๑]Coleman K., et al, “Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium”, **Health Affairs**, Vol. 28 No.1 (January-February 2009) : 75.

[๔๒]Baumann, Linda C. and Thanh, Tran Ngoc Dang, “Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care”, **The Nurse Practitioner**, Vol. 37 No. 3 (March 2012) : 37.

[๔๓]วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** : ๘๗.

ทุกๆ คนเข้าถึงทุกๆ เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ในทันที ขณะที่เมื่อมองไปยังประเทศที่ยากจนที่สุด ยิ่งเห็นการบริการเพียงน้อยนิดที่ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับ[๔๔]

จากการนำเสนอในเบื้องต้นแสดงเห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีการผสมผสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นและนำไปสู่ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จนเกิดเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถลดจำนวนของผู้ป่วย และได้แนวทางในการป้องกันไม่ให้จำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนขึ้น แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมานั้นมีข้อจำกัดในการนำไปใช้จึงได้มีการผสมผสานเพื่อนำไปใช้ในประเทศต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๒ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model) เป็นชุดต้นแบบของการนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) มาประยุกต์ใช้ในองค์กรดูแลสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง โดยพบว่าประสบผลดีในระดับหนึ่ง ต่อมาในวงวิชาการมีความคิดเห็นว่าแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้อาจนำไปใช้ในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังได้ด้วยหากมีการปรับเปลี่ยนบางประการ จึงมีการนำหลักการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับประชากรไปหลอมรวมกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม ผลลัพธ์ด้านเวชปฏิบัติและด้านผลการรักษาของการดูแลโรคเรื้อรังจะถูกยกระดับคุณภาพได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ป่วยที่ตื่นตัว และได้รับการเสริมความรู้และทีมบุคลากรการแพทย์ที่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า และดำเนินการเชิงรุก แสดงการมีปฏิสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ทีมงานพัฒนาคุณภาพที่นำต้นแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ จะมุ่งเน้นการปรับปรุงพัฒนาที่องค์ประกอบ ๔ ด้าน คือ การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการใหม่ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และระบบข้อมูลทางคลินิก[๔๕]

กลุ่มนักวิชาการในประเทศแคนาดาได้นำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาพัฒนาเป็นต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model) ด้วยเหตุที่แนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม ซึ่งมุ่งเน้นด้านการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังแล้ว ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากร โดยมีการนำหลักการด้านการสร้างเสริม

---

[๔๔]WHO, **The world health report : health systems financing : the path to universal coverage**, (Geneva: WHO, 2010), p. xi, องค์การอนามัยโลก, **รายงานอนามัยโลก ประจำปี ๒๕๕๓ การคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**, วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖), หน้า ๒๑.

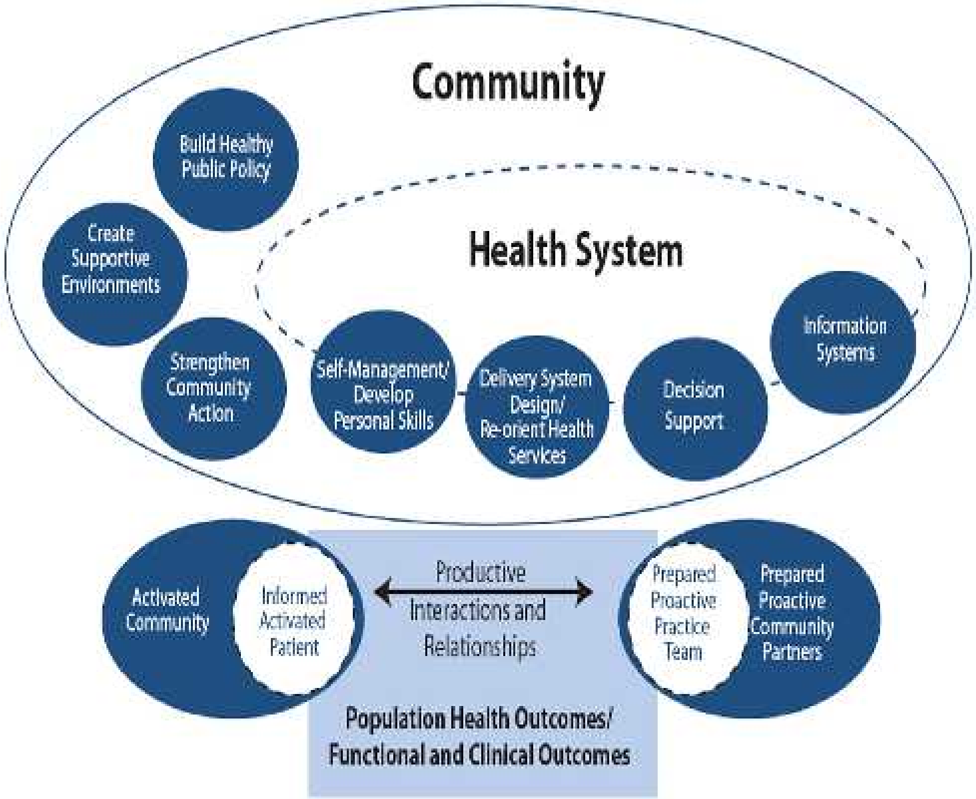
[๔๕]ดูรายละเอียดใน วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๕๐.

สุขภาพและการมุ่งเน้นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinant) ไปผสมผสานกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดั้งเดิม อันจะทำให้สามารถนำหลักการของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับระบบสุขภาพทั้งระบบได้อย่างผสมผสานกลมกลืนกัน ในต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ได้ให้คำแนะนำว่า แต่ละส่วนทำงานหลายจุดทั่วทั้งระบบ จะต้องจัดการด้วยตนเอง เช่น การรับมือกับโรค ความสามารถในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสุขภาพ และความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการดำเนินการในชุมชนในระบบสุขภาพได้ มีหลักฐานเริ่มต้นแนะนำการดูแลสุขภาพหลักที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลสุขภาพ มันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อรับทราบแนวคิดที่เกิดขึ้นของ “บ้านสุขภาพ” ใช้เป็นหลักในสหรัฐอเมริกา และบ้านทางการแพทย์ระยะมีการอุดมการณ์ในแคนาดา[๔๖]

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย จะสนับสนุนบทบาทแฝงของตัวกำหนดด้านสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชากรในวงกว้าง การนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายมาประยุกต์ใช้ จะช่วยเสริมความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการนำการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล สวมรอยเข้ากับแนวคิดของสุขภาพระดับประชากร ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่นี้ ที่เกิดจากผสมผสานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร แสดงให้เห็นชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน ต้นแบบที่มุ่งเน้นกิจกรรมนี้จะขยายขอบการปฏิบัติไปมุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพของทั้งบุคคล ชุมชน และประชาชนในวงกว้าง ดังแผนภาพที่ ๒.๓

---

[๔๖]Berenson, Robert A., et al., “A house is not a home: Keeping patients at the center of practice redesign”, **Health Affairs**, Vol. 27, No. 5 (September-October 2008) : 1219-1230.



แผนภาพที่ ๒.๓ ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model)[๔๗]

จากแผนภาพที่ ๒.๓ เป็นการนำเสนอที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลแบบดั้งเดิมที่ได้รับการพัฒนาในเบื้องต้น มีความต้องการที่จะผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร (Population health promotion) เข้ากับการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งการผสมผสานนี้ขยายขอบเขตของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังออกไป ให้สามารถลดภาระของโรคเรื้อรังได้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยสามารถลดผลกระทบต่อตัวบุคคลผู้เป็นโรคเรื้อรัง ส่งเสริมบุคคลในชุมชนที่ยังไม่เป็นโรคเรื้อรัง ให้มีสุขภาพดีด้วย สิ่งทั้ง ๒ ประการนี้จะบังเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ใช้กลยุทธ์ที่มีทั้งการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง เป็นการนำหลักการด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรผสมผสานเข้ากับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายนี้ เป็นการเติมเต็มให้กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรและนโยบายในชุมชน

---

[๔๗]Nasmith L., et al., **Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Appendices**, (Canada: Canadian Academy of Health Sciences, 2010), p. 12.

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายจะสนับสนุนบทบาทแฝงของตัวกำหนดด้านสังคมที่จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชากรในวงกว้าง การนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายมาประยุกต์ใช้ จะช่วยเสริมความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการนำการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล สวมรอยเข้ากับแนวคิดของสุขภาพระดับประชากรต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่นี้ ที่เกิดจากผสมผสานต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร แสดงให้เห็นชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน ต้นแบบที่มุ่งเน้นกิจกรรมนี้จะขยายขอบการปฏิบัติไปมุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพของทั้งบุคคล ชุมชน และประชาชนในวงกว้าง การเปลี่ยนแปลงของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายคือ ตำแหน่งการจัดวางองค์ประกอบ ๔ ประการของต้นแบบอันประกอบด้วย ๑) การสนับสนุนการดูแลตนเอง ๒) การสนับสนุนการตัดสินใจ ๓) การจัดรูปแบบการบริการใหม่ และ ๔) ระบบฐานข้อมูล องค์ประกอบเหล่านี้ถูกจัดวางใหม่ให้คร่อมรอยเชื่อมต่อระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนในวงกว้าง ทั้งนี้เพื่อสื่อความหมายว่าการจัดกิจกรรมขององค์ประกอบทั้ง ๔ ประการนี้สามารถดำเนินการอยู่ในทั้งองค์กรดูแลสุขภาพและชุมชนและมีผลกระทบต่อทั้ง ๒ ส่วนนี้ ซึ่งจะเป็นทั้งการจัดบริการดูแลสุขภาพระดับบุคคลและการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากร ตามกฎบัตรออตตาวาด้านการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวถึงกิจกรรม ๕ ด้าน คือ[๔๘]

๑) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)

๒) การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (Re-orient health services)

๓) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments)

๕) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมในชุมชน (Strengthen community action)

ในการหลอมรวมกิจกรรม ๕ ด้านนี้เข้ากับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จะต้องมีการตั้งชื่อและให้คำจำกัดความขององค์ประกอบ ๒ ประการใหม่ และมีการเพิ่มเติมรายละเอียดใหม่ลงในวงรีที่เป็นส่วนของของชุมชน นอกจากนี้การผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรและการดูแลรักษาโรครายบุคคลยังมีผลต่อครึ่งล่างของต้นแบบด้วย

ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย มีสิ่งที่แตกต่างจากต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) คือ มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องระหว่างองค์ประกอบระดับองค์รวม (Health care organization) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ระบบข้อมูล (Information system) กับชุมชน (Community) เพิ่มองค์ประกอบในส่วนของชุมชน ได้แก่ นโยบายสาธารณะ (Public policy) เช่น การวางมาตรการภาษีควบคุม

---

[๔๘]ดูรายละเอียดในวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, “ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว** : ๕๑-๕๖.

สินค้าทำลายสุขภาพ และส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ การปรับสภาพแวดล้อม (Supportive environment) เช่น การปรับภูมิทัศน์ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และ การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (Strengthen community action) คือ การให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง รวมกลุ่มคนที่ทำงานโดยตรงกับชุมชน สนับสนุน เป็นผู้นำในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และนำเสนออุปสรรคในการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดแนวทางในป้องกันและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา เชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพชุมชน รูปแบบการขับเคลื่อน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพสำหรับบุคคล ชุมชน และประชากร

๒.๒.๓ ความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย : Breakthrough series

Breakthrough Series (BTS) เป็นวิธีการศึกษา (Methodology) ในรูปแบบผสมผสานที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้จากการปรับปรุงงานบริการของหน่วยบริการทางการแพทย์ โดยกลุ่มนักวิจัยอิสระแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) ชื่อ “Institute for Healthcare Improvement (IHI)” โดยให้การสนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาล หรือ คลินิก ในการทำโครงการระยะสั้น โดยมีการศึกษาระหว่าง ๖-๑๕ เดือน มีเป้าหมายเพื่อสร้างและทดลองใช้รูปแบบ (Framework) ที่ช่วยพัฒนาการคุณภาพดูแลโรคใดโรคหนึ่ง ผ่านกระบวนการ PDSA (Plan Do Study Act) ประกอบด้วย ช่วงการลงมือปฏิบัติ (Action period) สนับสนุนกับช่วงการเรียนรู้ (Learning period) โดยมีการจัดให้แต่ละโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรึกษากับนักวิชาการ

จุดเริ่มต้นของรูปแบบได้รับแนวความคิด เมื่อหนึ่งในผู้ก่อตั้ง IHI โดยนายแพทย์พอล บาทัลเดน (Paul Batalden, MD) ได้สเก็ตช์รูปแบบบนผ้าเช็ดปากในที่ประชุมของกลุ่มปฏิบัติ IHI ของเครือข่ายการปรับปรุงและส่งไปให้นายแพทย์ดอน เบอร์วิค (Don Berwick, MD) ซึ่งเป็นซีอีโอของ IHI ซึ่งนายแพทย์ทั้งสองท่านกำลังหาวิธีที่จะเร่งปรับปรุงในการดูแลสุขภาพเกินกว่าสิ่งที่ IHI ประสบความสำเร็จโดยใช้แนวทางการศึกษาแบบดั้งเดิม นายแพทย์พอล บาทัลเดน นายแพทย์ดอน เบอร์วิค และคณะผู้บริหาร IHI มีความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงมาตรฐานการดูแลให้สูงขึ้น เพื่อให้โครงสร้างสำหรับการเรียนรู้และการดำเนินการที่จะมีส่วนร่วมในการทำให้องค์กรจริงในระดับของระบบการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การปรับปรุงอย่างมากในการดูแล[๔๙] มีการนำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาความร่วมมือ ได้แก่

๑) ช่องว่างที่สำคัญที่มีอยู่ระหว่างความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

---

[๔๙]Institute for Healthcare Improvement, **The Breakthrough Series IHI’s Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement**, (Massachusetts: Cambridge University, 2003), p. 2.

๒) ไม่ถูกจำกัดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติเป็นที่แพร่หลาย

๓) ตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ แต่พวกเขาจะต้องอธิบายและเผยแพร่ให้กับองค์กรอื่นๆ

๔) การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานไปสู่จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนช่วยให้การปรับปรุง

๕) ผลลัพธ์สุขภาพที่เป็นผลของกระบวนการ

๖) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ของการปรับปรุงวงจรอย่างรวดเร็ว ซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถในการพัฒนา

ICIC ได้ร่วมมือกับ IHI ในการนำ CCM เข้าไปเป็น framework ใน BTS ได้พัฒนาแบบสอบถาม Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) เป็นเครื่องมือให้กับหน่วยบริการสุขภาพนั้นประเมินตนเองว่าควรพัฒนาองค์ประกอบใดใน CCM มีการให้ทุนด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิโรเบิร์ต วู๊ด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson foundation) แก่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ ผลจากโครงการนี้ได้สร้าง Evidence based เกี่ยวกับ CCM อย่างมากมาย[๕๐] ดังคำถามจำนวน ๓ ข้อที่ตั้งไว้ว่า ๑) อะไรคือสิ่งที่เราพยายามให้สำเร็จ (วัตถุประสงค์) ในการร่วมกำหนดผลลัพธ์ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านในทีมงาน ๒) จะมีทีมที่มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อติดตามผลความสำเร็จ ได้อย่างไร ๓) อะไรคือสิ่งที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลในการปรับปรุง[๕๑]

รูปแบบ Breakthrough Series (BTS) เป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับการทำงานร่วมกันปรับปรุงการแพร่กระจายและการปรับตัวของความรู้ที่มีอยู่ไปยังเว็บไซต์หลายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน มันทำให้องค์กรที่มีความหลากหลายร่วมกันเพื่อที่จะเรียนรู้และปรับปรุงหมวดหมู่ความรู้ที่มีอยู่จากแหล่งที่มาที่แตกต่างกันและมีพนักงานที่มีความรู้ในการพัฒนาซึ่งแสดงให้เห็นความสามารถภายในขององค์กรที่เข้าร่วมโครงการเพื่อสร้างการมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและการเก็บรวบรวมและตรวจสอบมาตรการประสิทธิภาพการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของการดูแลและแก้ไขให้เกิดการพัฒนาที่พิสูจน์ได้ โอกาสและความท้าทายหลายยังคงอยู่ และการเพิ่มประสิทธิภาพกับรูปแบบ Breakthrough Series (BTS) เป็นทางเลือกที่มีส่วนช่วยลดภาระค่าที่มีค่าใช้จ่ายให้น้อยลง มีการพัฒนาเพื่อให้มีส่วนร่วมมากขึ้นอย่างเต็มที่สุดท้ายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและความล้มเหลวมีการนำเสนอร่วมกัน

สรุปได้ว่าความร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัย (Breakthrough series) เป็นกระบวนการทางการแพทย์ โดยกลุ่มนักวิจัยอิสระแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดที่ได้นำเอาแนวคิดการดูแลมา

---

[๕๐]ปัทมา โกมุทบุตร. **Review CCM : วิวัฒนาการของ Chronic care model**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.gotoknow.org/posts/365680 [๑๖ กันยายน ๒๕๕๖].

[๕๑]Institute for Healthcare Improvement, “The Breakthrough Series: IHI’s Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement”, **Diabetes Spectrum,** Vol. 17 No. 2 (2004) : 99.

ผสมผสานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์ ซึ่งในการดำเนินงานนี้เป็นการร่วมมือระหว่างกลุ่มนักวิจัยที่รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิโรเบิร์ต วู๊ด จอห์นสัน ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย เพื่อลดช่องว่างและเกิดความร่วมมือในด้านต่าง ๆ

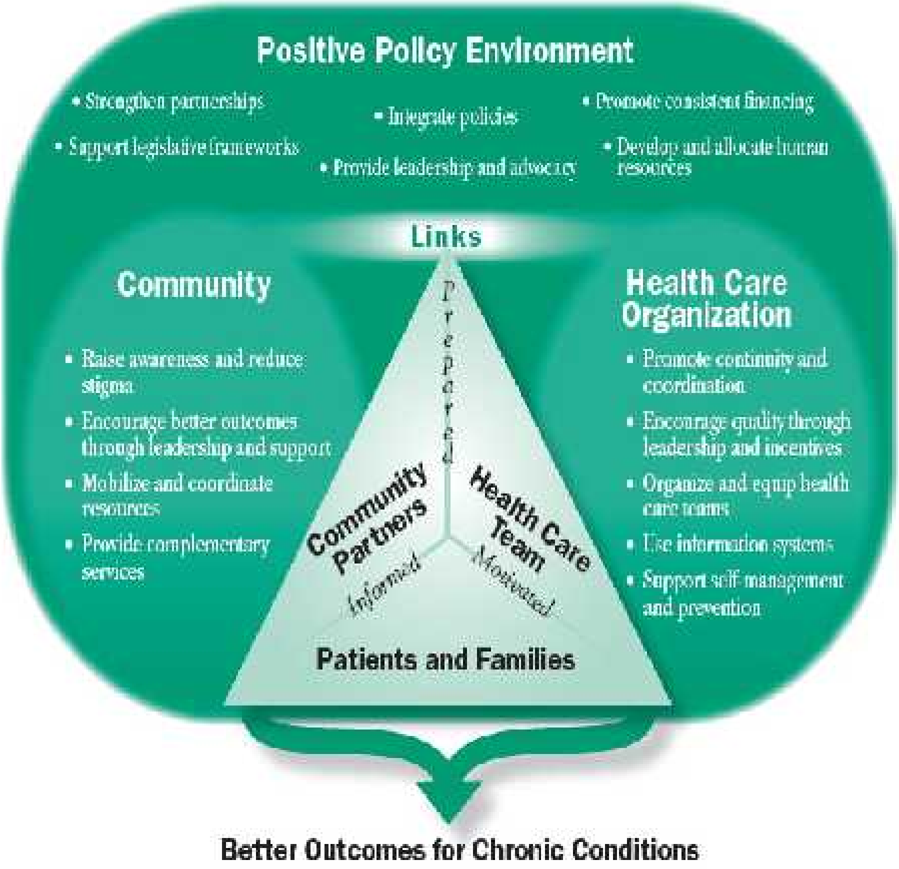
๒.๒.๔ นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICCC)

ในระยะเวลา ๑๐ ปีนับแต่การตีพิมพ์เผยแพร่ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) มีการทดสอบสมมติฐานของการดูแลดังกล่าว นอกจากนี้จากผลการวิจัยส่วนหนึ่ง พบว่า องค์ประกอบของ CCM สามารถให้ผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถดำเนินการในการเพิ่มประสิทธิผลการทำงานในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโรคอย่างน้อย ๔ โรค คือ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคหอบหืด และโรคหัวใจล้มเหลว โดยการมีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) อันใดอันหนึ่งก็มีผลบวก และยิ่งมีหลายองค์ประกอบก็ยิ่งมีผลบวกมากขึ้น อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่[๕๒]

จากข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ในบริบทที่ทรัพยากรจำกัด ส่งผลให้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง นำแนวคิด Wagner’s Chronic Care Model มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวอย่างการพัฒนาโรคเรื้อรังในประเทศทั้งพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพสำหรับประชนทั่วทั้งโลก เนื่องจากระบบสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะปรับให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ข้อมูลใหม่ และเหตุการณ์ไม่คาดฝัน การเปลี่ยนแปลงในการดูแลรักษาโรค และภาระเช่นเดียวกับวิกฤตโรค สามารถเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นระบบที่ถูกออกแบบให้ปรับเปลี่ยน การเกิดขึ้นของช่วงการเปลี่ยนภาพของพรรคการเมืองหรือเศรษฐกิจเอกชนคาดต้องวางแผน และในระบบสุขภาพ เฝ้าระวังประจำ ติดตาม และประเมินผลเป็นกุญแจในระบบเพื่อให้สามารถปรับให้เข้ากับบริบทการเปลี่ยนแปลง เมื่อกระบวนการเหล่านี้ถูกฝังอยู่ภายในระบบการดูแลสุขภาพ และได้นำเสนอรูปแบบการดูแลภายใต้ชื่อว่า “นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition : ICCC)” ที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับแรงกดดันในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดังแผนภาพที่ ๒.๔

---

[๕๒]Tsai, A.C., et al, “A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses”, **American Journal of Managed Care**, Vol. 11 No. 8 (August 2005) : 478–488.



แผนภาพที่ ๒.๔ แสดงนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง[๕๓]

จากแผนภาพที่ ๒.๔ ที่แสดงนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกได้สรุปประสบการณ์และบทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่จะรองรับการดูแลผู้มีป่วยเรื้อรัง ให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยนำเสนอส่วนประกอบสำคัญในการดูแล ประกอบด้วยภาคส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ ๑) ผู้ป่วยและครอบครัว (Patients and Families) ๒) ชุมชน (Community) และ ๓) ระบบบริการสาธารณสุข (Health Care Organization)

ซึ่งในแต่ละภาคส่วนจะมีบทบาทและตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้ง ๓ ภาคส่วนจึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน สิ่งที่พัฒนาเพิ่มเติมจากต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner’s chronic care model) มีดังนี้

๑) เพิ่มองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งส่งอิทธิพลถึงระดับการบริหารในระดับสูง และ ชุมชน

---

[๕๓]WHO, **Innovative care for chronic conditions : building blocks for action**, (Geneva: WHO, 2002), p. 65.

๒) เพิ่มรายละเอียดข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย เป็นข้อเสนอแนะถึงนโยบาย ซึ่งได้จากตัวอย่างโครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในประเทศต่างๆ

๓) แสดงปฏิสัมพันธ์เชิงระบบ แบ่งเป็นสามระดับจากระดับบุคคล (Micro) องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro) สรุปหลักการโดยย่อ ได้ดังนี้[๕๔]

(๑) ระดับบุคคล (Micro) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมรักษา และสมาชิกในชุมชน เป้าหมายคือการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น มีข้อมูลที่เพียงพอ และมีแรงจูงใจ โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตัวเอง (Self-management support)

(๒) ระดับองค์กรและชุมชน (Meso) การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน เป้าหมายคือ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง ให้มีความถูกต้องตามหลักการ และมีความเชื่อมโยง โดยกระบวนการ จัดระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกันและความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่างๆ ในชุมชน

(๓) ระดับรัฐบาล หรือ ผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ (Macro) เนื่องจากการพัฒนาในระดับชุมชน และ ระดับครอบครัว ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ เป้าหมายคือ โครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อทั้งด้านการสร้างกำลังคน ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ ใช้มาตรการทางกฎหมาย รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสิทธิเพื่อสุขภาพของตนเอง

สุขภาพนั้นเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรัง ไม่หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย การดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันอย่างไรก็ตามแม้จะมีพยาธิสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันคือ การเน้นมิติงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว[๕๕]

---

[๕๔]Ibid., pp. 45-65.

[๕๕]ดูรายละเอียดในสุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ, **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, หน้า ๒๓.

สามารถสรุปได้ว่า นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นการผสมผสานการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีนโยบายสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มุ่งการเชื่อมโยงกับชุมชน โดยให้ผู้นำและผู้สนับสนุนร่วมให้บริการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร ร่วมมือกันสร้างความตระหนักในชุมชน และ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย เพื่อการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ ในการจัดระบบดูแลที่มีทีมบริการที่ดี มีการติดตามกำกับ ประเมินผลเป็นระยะ เสริมสร้างความตระหนักในชุมชน และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย ผ่านการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลและการตัดสินใจ ในการสนับสนุนการดูแลตนเองและการป้องกัน และสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีเป้าหมายและแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกับผู้ให้บริการและครอบครัว โดยได้รับการกระตุ้น รับรู้ข้อมูลเสริมทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง นำมาสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากร

๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory) เป็นคำที่สื่อถึงความรู้ด้านการพยาบาลที่ใช้สำหรับการฝึกฝนวิชาการพยาบาล เป็นสิ่งที่ถือกำเนิดขึ้นในปลายทศวรรษที่ 19 โดยไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ที่ได้ค้นคว้าวิจัยในกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และนำเสนอรูปแบบที่มีการทดสอบสมมติฐาน การพยาบาล บุคคล สิ่งแวดล้อม และเป็นรูปแบบในการพยาบาลที่ได้รับการนำเสนอเป็นครั้งแรกปี ค.ศ. 1980[๕๖] โดยการศึกษาวิชาชีพของเหล่าพยาบาลจะเป็นเรียนวิชาที่เชื่อมโยงต่อกันซึ่งมีการประยุกต์ในการจัดการฝึกฝน ความรู้เหล่านี้อาจจะได้มาจากการศึกษาจากประสบการณ์จริง จากแหล่งข้อมูลทางการอย่าง เช่น จากการวิจัยการพยาบาล หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นที่ไม่ใช่การพยาบาล เป็นการยากที่กล่าวถึงทฤษฎีการพยาบาลได้อย่างถูกประเด็นทั้งหมด การพยาบาลอาจเป็นได้หลายความหมายสำหรับแต่ละบุคคล หลายมหาวิทยาลัยมีความเห็นพ้องต้องกันว่าวิชาการพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้คน และ สิ่งแวดล้อม โดยอยู่ในวิสัยทัศน์วิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ นักวิชาการทางด้านการพยาบาลได้นำเสนอดังต่อไปนี้

เมลิส อิบราฮิม (Meleis Ibrahim) ให้นิยามว่า ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theories) เปรียบเสมือนเป็นการสรุปทางความคิดเกี่ยวกับข้อความจริงทางการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการอธิบาย และทำนายคุณภาพและผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาล และการรักษาพยาบาล อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ ทำนายผลที่จะเกิดขึ้น หรือ การควบคุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นกระบวนการในการพยาบาล[๕๗]

---

[๕๖] Rankin, S.H. and Rankin, W.W., “Building knowledge”, in **Improving Health through Nursing Research**, edited by Holzemer, William L., (Chichester: Wiley-Blackwell, 2010), p. 16.

[๕๗] See in Meleis, A.I., **Theoretical Nursing : Development and Progress**, 5th ed., (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011), p. 10.

ฮอบส์ (Hobbs, J.L.) ให้นิยามว่า การพยาบาลมีคุณลักษณะหลายประการที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลที่เน้นครบวงจรตอบสนองมนุษย์ สถานในการประเมินเน้นปัญหา เน้นการบูรณาการความรู้ตามวัตถุประสงค์ข้อมูล รวมทั้งความรู้ที่สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ตามอัตวิสัย เน้นการประยุกต์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวินิจฉัย มีเป้าหมายเพื่อการอำนวยความสะดวก ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล[๕๘]

สมาคมพยาบาลอเมริกา (American Nurses Association) ให้ความหมายทฤษฎีว่า การพยาบาลเป็นการป้องกัน ส่งเสริม และเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพและความสามารถในการป้องกันการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ บรรเทาของความทุกข์ผ่านการวินิจฉัยและการรักษาตอบสนองมนุษย์ และการสนับสนุนในความดูแลของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มประชากร[๕๙]

จากการนำเสนอในเบื้องต้นสามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลเป็นการป้องกันส่งเสริม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป พัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการผสมผสานจากส่วนต่างๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามรถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

๒.๓.๑ ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์

วิชาชีพพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีการฝึกหัด ต้องมีระเบียบวินัย ที่อยู่อาศัยสะอาด ฝ่ายการบริหารและบริการต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ต้องประสานกันเพื่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ได้นำเอาประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยนำมาเขียนหนังสือ Note on Hospitals พิมพ์ออกเผยแพร่ กล่าวถึงโรงพยาบาลที่สวยแต่ยังบกพร่องในการจัดแผนผังเกี่ยวกับสุขาภิบาลและเครื่องใช้ที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล ต่อมาได้เขียนหนังสือ Notes on Nursing หนังสือเล่มนี้ได้ใช้เป็นมาตรฐานในการอบรมถึงปัจจุบัน และมีข้อความที่เป็นอมตะต่องานปฏิบัติการพยาบาล เช่น การมองดูผู้ป่วย

---

[๕๘]Hobbs, Jennifer Lynn, “Defining Nursing Practice : The ANA Social Policy Statement 1980-1983”, **Advances in Nursing Science**, Vol. 32 No. 1 (January-March 2009) : 3-18.

[๕๙]American Nurses Association, **Nursing’s Social Policy Statement : The Essence of the Profession**, (Maryland: Silver Spring, 2010), p. 13.

การเห็นสิ่งใดต้องใช้การฝึกฝน การเห็นนี้จะช่วยให้พยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ความเป็นความตายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการสังเกตที่ถูกต้องของพยาบาล[๖๐]

ไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพพยาบาล มีแนวความคิดกว้างไกลในเรื่อง สุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญและเป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาล ก็คือการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อให้ธรรมชาติสามารถช่วยผู้ป่วยให้หายได้เอง ส่วนที่บ้านนั้นท่านพยายามสอนให้ผู้หญิงรู้จักรักษาความสะอาดของบ้านเรือน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ไนติงเกลได้ประสบพบเห็นกับการเสียชีวิตของทหารที่บาดเจ็บในโรงพยาบาล ซึ่งมีการสุขาภิบาลและความสะอาดไม่ดีพอ จึงได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับปรุงความสะอาดและการสุขาภิบาลของโรงพยาบาลและ พบว่าสามารถลดอัตราการตายของทหารที่บาดเจ็บลงได้จากร้อยละ ๔๒ เหลือร้อยละ ๒.๒ ซึ่งข้อมูลนี้ สนับสนุนแนวคิดและโลกทัศน์ที่เฉพาะของในการมองการพยาบาล[๖๑]

ในการพยาบาลผู้ป่วยไนติงเกล ฟลอเรนซ์ มองสิ่งแวดล้อมเป็นสภาวะภายนอก ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะมีส่วนในการป้องกัน หรือส่งเสริมให้เกิดโรคหรือตายได้ ดังนั้นการพยาบาลจึงเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมดังต่อไปนี้

๑) จัดให้มีการระบายอากาศ ให้อากาศ ถ่ายเทได้สะดวก

๒) รักษาอุณหภูมิของห้องให้อบอุ่นพอเหมาะ ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นหายจากโรคและการบาดเจ็บ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหนาวสั่น โดยใช้ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน

๓) กำจัดกลิ่นต่างๆในตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และสิ่งของเครื่องใช้

๔) ควบคุมเสียงเพื่อให้บรรยากาศสงบ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เต็มที่ เพราะการนอนหลับจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น ในหอผู้ป่วยไม่ควรจะพูด หรือเดินให้มีเสียงดัง

๕) จัดแสงสว่างให้พอเหมาะ เตียงของผู้ป่วยควรอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองออกไปนอกหน้าต่าง เห็นท้องฟ้า และแสงอาทิตย์[๖๒]

การพยาบาลแผนใหม่ (Modern nursing) เป็นแนวคิดของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ถือว่าเป็นผู้ริเริ่มและเป็นผู้ที่กล่าวอย่างชัดเจนว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีวิชาการที่แตกต่างไปจากวิชาการของแพทย์ พยาบาลต้องศึกษาเรื่องของพยาบาลเพื่อสามารถให้การบริการแก่ผู้ป่วยในบทบาทที่แตกต่างไปจากแพทย์ผู้ให้การรักษา แนวคิดของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เกี่ยวกับ

---

[๖๐]See in Pfettscher Susan A., “Florence Nitghtingel : Modern Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, 7th ed., edited by Alligood, Martha Raile and Tomey, Ann Marriner, (Missouri: Mosby Elsevier, 2010), pp. 71-81, จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๒), หน้า ๒๐-๒๒.

[๖๑]ดูรายละเอียดใน สมจิต หนุเจริญกุล, “แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล”, ใน **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๒,

[๖๒]See in Nightingale Florence, **Notes on nursing : what it is and what it is not**, (New York: Dover, 1969), pp. 24-34.

ความรู้เฉพาะสาขาการพยาบาล เป็นความรู้ซึ่งได้มาจากการสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการหายจากโรค (Reparative process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงบทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายจากโรค ไนติงเกลได้กล่าวถึงบุคคล สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาลไว้ดังนี้

๑) บุคคล : ธรรมชาติของคนต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตของตน เพื่อความเป็นปกติสุขทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

๒) สิ่งแวดล้อม : สิ่งแวดล้อมที่ดีนั้น หมายถึง สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพได้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพจะเกี่ยวข้องกับความสะอาดการระบายอากาศที่ดี อากาศบริสุทธิ์ แสงสว่างเพียงพอ เสียงที่พอเหมาะ มีแหล่งน้ำ อาหารที่ดี รวมทั้งมีการระบายของเสียจากร่างกายที่ถูกสุขอนามัย สภาพแวดล้อมไม่ได้รวมเฉพาะในโรงพยาบาลหรือที่บ้านเท่านั้น แต่จะรวมถึงสภาพในชุมชนด้วยถ้าบรรยากาศในชุมชนเป็นไปตามธรรมชาติ ธรรมชาติดังกล่าวจะช่วยลดอันตรายและป้องกันการเจ็บป่วยให้แก่บุคคลในสังคมได้เป็นอย่างดี

๓) สุขภาพ : การมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ถ้าสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลเป็นธรรมชาติ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีสำหรับการเจ็บป่วยอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากจนเป็นความกดดันเกินความสามารถของร่างกายที่จะปรับตัวได้ เช่น ไม่ได้รับอาหาร น้ำ อากาศ และความอบอุ่นที่เพียงพอ เป็นต้น

๔) การพยาบาล : การพยาบาลคือ การจัดให้บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีที่เหมาะสมและส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ตามปกติ เป้าหมายของการพยาบาลคือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นธรรมชาติ และมีการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดีในสภาพแวดล้อมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง

ไนติงเกล เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมเป็นตัวหลักที่ส่งผลต่อเจ็บป่วยในผู้ป่วย และโรคถือได้ว่าเป็น “ปฏิกิริยาของธรรมชาติกรุณากับเงื่อนไขที่เราได้ทำตนเอง” และเน้นประโยชน์ของสภาพแวดล้อมที่ดีในการป้องกันโรค ให้ความสำคัญแก่สภาพแวดล้อม กระตุ้นให้พยาบาลสนใจปฏิกิริยาระหว่างบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม และตระหนักถึงความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มุ่งความสะอาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัย รวมทั้งเมื่อดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยควรตระหนักถึงการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย โดยแพทย์จะเป็นเป็นผู้ช่วยเหลือขจัดอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับธรรมชาติ เช่น การให้ยารักษาอาการเจ็บป่วยหรือการทำผ่าตัด ฯลฯ ในด้านการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับบุคคลให้เป็นไปตามธรรมชาติ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น จัดให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี การรักษาความสะอาด ขจัดสิ่งสกปรกให้หมดไป ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมต่างๆ บนเตียง จัดการแยกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อ โดยไม่ให้นำเชื้อไปสู่ผู้อื่น

หรือไม่ติดเชื้อจากผู้อื่นในเวลาเดียวกัน ซึ่งไนติงเกลได้ให้แนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดกฎธรรมชาติไว้ดังนี้

๑) การประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล การรวบรวมข้อมูลและค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเริ่มจากการสังเกตและวินิจฉัยภาวะสุขภาพอนามัยว่า สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อภาวะสุขภาพหรือเป็นอุปสรรคนำไปสู่การเจ็บป่วย เช่น การถ่ายเทอากาศดีหรือไม่ดีผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างหรือหมกมุ่นอยู่กับตนเองฯลฯ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น “ไม่สุขสบายเนื่องจากอากาศอบอ้าว” “มีแนวโน้มอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมทางจิต เนื่องจากหมกมุ่นกับตนเองและขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง” เป็นต้น

๒) การวางแผนการพยาบาล จะมุ่งจัดสภาพที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมโดยร่วมมือกับแพทย์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อขจัดอุปสรรคสิ่งกีดขวางการอยู่ร่วมกันด้วยดีระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม แจะจัดสภาพแวดล้อมโดยรอบรวมทั้งให้การชดเชยทางประสาทสัมผัสที่เป็นการกระตุ้นให้ได้ประกอบกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองความต้องการของร่างกายได้ด้วยดี เป็นต้น

๓) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสภาพแวดล้อมมุ่งความสุขสบาย ความปลอดภัย และให้กำลังใจ

๔) การประเมินผลการพยาบาล จะเป็นการประเมินสภาพการณ์ที่เป็นจริงทั้งในด้านผู้ป่วยสภาพแวดล้อมและการพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีแห่งธรรมชาติของไนติงเกลสามารถนำมาใช้ได้ตลอด โดยที่ผู้นำมาใช้มักไม่รู้ตัวว่าได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล การปรับสิ่งแวดล้อมของบุคคลให้กลมกลืนกับธรรมชาติที่บุคคลนั้นประสบอยู่ ก็คือ การจัดสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้นั่นเอง หลักแนวคิดดังกล่าวของไนติงเกลได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลการทำวิจัยและการศึกษาต่อๆ มาซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของทฤษฎีการพยาบาลที่น่ายกย่องและได้รับการยอมรับเป็นอย่างยิ่ง[๖๓]

สรุปได้ว่าทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ เป็นแนวคิดทางพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดความสะอาดให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยธรรมชาติเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับระบบสุขอนามัยกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยที่การกำเริบส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดความสะอาดให้กับผู้ป่วยอย่างขาดความระมัดระวังส่งผลให้เกิดการกำเริบ และเสียชีวิตในที่สุด

---

[๖๓]Pfettscher Susan A., “Florence Nitghtingel : Modern Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, pp. 80-82.

๒.๓.๒ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem D.E.) เป็นผู้นำเสนอทฤษฎีในการพยาบาลที่สำคัญบุคคลหนึ่งในวงการพยาบาล ซึ่งได้วางรากฐานการพยาบาลจนได้รับการยอมรับและนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ ผลงานที่ได้รับการยอมรับและได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่แนวความคิดโดยมีชื่อว่า Nursing : Concept of Practice ในปี ค.ศ. ๑๙๗๑ และมีการพัฒนาเผยแพร่ ในปี ค.ศ. ๑๙๘๐, ๑๙๘๕, ๑๙๙๑, ๑๙๙๕ และ ๒๐๐๑ ตามลำดับ และได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในทฤษฎีที่ชื่อว่า "Self-Care Deficit Nursing Theory หรือ SCDNT"[๖๔] ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักกันแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงเรียนพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อทำนายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดของโอเร็ม สร้างขึ้นเพื่อตอบคำถามของวิชาชีพว่า "ทำไมบุคคลจึงต้องการการพยาบาล" และ "พยาบาลทำอะไรในสถานการณ์ของความต้องการนั้น" โอเร็ม (Orem) เป็นทั้งนักการศึกษา นักปฏิบัติ และนักบริหารทางการพยาบาล จากประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน และด้วยความมุ่งมั่นในการพัฒนาวิชาชีพ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ในการสร้างมโนมติ จนกระทั่งกลายมาเป็นกรอบแนวคิดและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 จนถึงปัจจุบัน[๖๕] โอเร็ม (Orem) ได้อธิบายเป้าหมายของทฤษฎีไว้ ๘ ข้อ มีภารกิจ ดังนี้[๖๖]

๑) การกำหนดมุมมองเกี่ยวกับบุคคลที่เหมาะสมในการพยาบาล

๒) เพื่ออธิบายจุดความสนใจหรือเป้าหมายของการพยาบาลอย่างมีในสังคม มนุษย์

๓) การกำหนดแนวคิดแผนแม่บทของการพยาบาล ในฐานะที่เป็นสาขาความรู้และการปฏิบัติ และสร้างระบบของสัญลักษณ์หรือภาษาเพื่อใช้ในการสื่อสาร

๔) การกำหนดขอบเขต และชี้แนะกระบวนการคิดและการปฏิบัติการพยาบาล การฝึกหัด การวิจัย การพัฒนาและการศึกษาทางการพยาบาล

๕) ให้แนวทางที่เป็นข้อสรุปเพื่อการได้มาซึ่งข้อมูล เข้าใจในระบบและทำให้สามารถจัดกลุ่มและจัดรูปแบบของมโนมติจากการได้รู้ถึงความสัมพันธ์เกี่ยวกับองค์ประกอบของสถานการณ์การพยาบาลที่เป็นรูปธรรม

---

[๖๔]Berbiglia Vioieta A. and Barbara Banfied, "Dorothea E. Orem : Self-care Deficit Theory of Nursing", in **Nursing Theorists and Their Work**, pp. 265-266.

[๖๕]พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์**, พิมพ์ครั้งที่ ๒ (แก้ไขปรับปรุง), (มหาสารคาม: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

[๖๖]Orem, D.E., **Nursing : concepts of practice**, 6th ed., (St. Louis: Mosby, 2001), p. 137.

๖) การพิจารณาวินิจฉัยจนสามารถอ้างอิงเกี่ยวกับข้อมูลทางการพยาบาลกับสาขาวิชาชีพอื่น และรูปแบบของการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลและครอบครัวในชุมชน

๗) การสร้างรูปแบบของการคิดและการสื่อสารทางการพยาบาลให้แก่นักศึกษาพยาบาลและนักเรียนพยาบาล

๘) การนำเสนอให้พยาบาลมารวมกลุ่มเป็นนักวิชาการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดโครงสร้างและตรวจสอบความรู้ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อนมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎี ซึ่งมีความสัมพันธ์กันที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเองทางการพยาล และได้รับผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง[๖๗] ได้แก่

๑) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

๒) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care deficit)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายเหตุผลที่บุคคลต้องการการพยาบาลกล่าวคือ ความพร่องในการดูแล ตนเอง เป็นความสัมพันธ์ ของความไม่เท่าเทียมกันของความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะ สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง

๓) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้อง หรือได้นำมาใช้

---

[๖๗]Berbiglia Vioieta A. and Barbara Banfied, “Dorothea E. Orem : Self-care Deficit Theory of Nursing”, in **Nursing Theorists and Their Work**, p. 273.

หรือได้รับการพัฒนา โดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ[๖๘]

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วยทฤษฎีย่อยซึ่งมีความสัมพันธ์ และต้องใช้ควบคู่กันไปในทางคลินิกคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ด้วยลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่จะต้องให้บริการกับประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในสถาบัน โรงพยาบาลและในชุมชน พยาบาลจึงมีแนวคิดในการดูแลตนเองที่พยายามผสมผสานวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับความเชื่อ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคล เพื่อให้ประชาชนได้รู้จักเลือกใช้วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างชาญฉลาดในการดูแลสุขภาพตนเอง และรู้จักปรับปรุงวิธีการดูแลตนเองที่เรียนรู้ มาจากธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรมของตนเอง ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง[๖๙]

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วยทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และ ทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งนำเสนอในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กัน ที่เริ่มต้นจากการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุก มีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อจัดการกับตนเองไม่ได้ตามความเหมาะสมเกิดความบกพร่องจึงจำเป็นต้องมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือหน้าที่ของบุคคลให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง

๒.๓.๓ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Human Caring Theory) เป็นหนึ่งในทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และได้เป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลที่สนใจ วัทสันมีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างกว้างขวางทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นอาจารย์พยาบาล นักวิจัย และเป็นผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ ตลอดจนเป็นผู้ตั้งศูนย์การดูแลทางด้านการพยาบาล (Human Science Caring center) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคโลราโด ซึ่งงานเขียนของวัทสันได้รับการพิมพ์ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1979 ในเรื่อง "การพยาบาล : ปรัชญาและศาสตร์ของการดูแล" (Nursing : Philosophy

---

[๖๘]ดูรายละเอียดใน สมจิต หนุเจริญกุล, "แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล", ใน **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒), หน้า ๕-๑๕, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์**, หน้า ๓.

[๖๙]ดูรายละเอียดใน สมจิต หนุเจริญกุล, "แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล", ใน **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑**, หน้า ๙-๑๖.

and Science of Caring) และในปี ค.ศ. 1985 ได้นำเสนอทฤษฎีชื่อว่า “การพยาบาล : ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์และการดูแล ” (Nursing : Human Science and Human Caring) ได้รับการตีพิมพ์เป็นตำราและใช้กันอย่างกว้าง และได้พิมพ์เผยแพร่อีกในปีค.ศ. ๑๙๘๘ และ ค.ศ. 1999 จากประสบการณ์ทั้งการทำงานและงานเขียน มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล และวัทสันเชื่อว่างานชิ้นนี้ของเธอเป็นได้ทั้งทฤษฎีและปรัชญา ทัศนะและกระบวนการทางพยาบาล ผลงานเล่มที่ ๓ ได้รับการเผยแผ่ในปี ค.ศ. 1999 ชื่อว่า กระบวนทัศน์ใหม่ของการพยาบาลและการก้าวพ้น (Postmodern Nursing and Beyond) ซึ่งผลงานที่ได้นำเสนอบางส่วนได้รับการยอมรับและได้นำไปประยุกต์ใช้ในวิทยาลัยทางการพยาบาลทั่วโลก เช่น ออสเตรเลีย บราซิล แคนาดา ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร ประเทศในแถบสแกนดินีเวีย ไทย และ เวเนซูเอลา หรือ ในประเทศต่างๆ[๗๐]

วัทสันได้นำเสนอมโนทัศน์หลัก ๔ ประการในทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ มนุษย์ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดดังต่อไปนี้

๑) มนุษย์ (Human Being) เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นแก่นตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นแหล่งที่เกิดความตะหนักในตนเอง ความรู้สึกสำนึกขั้นสูง และเป็นพลังภายใน ซึ่งมนุษย์มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มนุษย์เป็นผู้มีคุณค่าในตนเองและสมควรได้รับการดูแล ได้รับการนับถือ ได้รับความเข้าใจและช่วยเหลือ

๒) สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีดุลภาพและมีความกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณหรือมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามที่รับรู้และตัวตนตามที่ประสบจริง นอจากนั้นสุขภาพยังเป็นภาวะที่สุขทั้งร่างกาย จิต และสังคม สามารถทำหน้าที่ได้สูงสุดสามารถปรับตัวในการทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

๓) สิ่งแวดล้อม/สังคม (Environment/Society) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการของบุคคลที่อยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

๔) การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal Caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มดุลยภาพในตนเอง เกิดความรู้จักตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

---

[๗๐] Jesse, D. E., “Watson’s Philosophy and Theory of Transpersonal Caring”, in **Nursing Theorists and Their Work**, pp. 91-93.

สาระของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ อธิบายถึงการเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายต่างสัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน ซึ่งวัทสัน ได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องตนที่สัมพันธ์กับคุณค่าการดูแลมนุษย์ในการพยาบาลไว้ ๑๑ ประการ ดังนี้

๑) การดูแลและความรักเป็นพลังสากล

๒) มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

๓) การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลก่อนให้การดูแลผู้อื่น พยาบาลต้องดูแลตนเองด้วยความสุภาพอ่อนโยน

๔) รักศักดิ์ศรีของตนเอง พยาบาลจึงจะสามารถเคารพและให้การดูแลผู้อื่นด้วยความสุภาพอ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น

๕) การพยาบาลต้องยึดถือการดูแลความเป็นมนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย

๖) การดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล และเป็นจุดเน้นในการปฏิบัติการพยาบาล

๗) การดูแลเชิงมนุษย์นิยมไม่ว่ารายบุคคลหรือกลุ่ม ได้รับความสนใจจากระบบบริการสุขภาพน้อยลง

๘) ค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลถูกบดบังไว้จากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นค่านิยมหรืออุดมคติที่เน้นความเป็นมนุษย์จึงอยู่ในภาวะวิกฤติ

๙) การอนุรักษ์และการศึกษาเรื่องการดูแลมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

๑๐) การดูแลมนุษย์ทำได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเท่านั้น

๑๑) ประโยชน์ของวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมโดยรวมอยู่ที่การยึดมั่นในการดูแลเชิงมนุษย์นิยมทั้งด้านทฤษฎี การปฏิบัติ และการวิจัย

กระบวนการดูแลมนุษย์ เป็นกระบวนการที่พยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล กระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร ประกอบด้วย

๑) บุคคล (Person) หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน ที่เรียกว่า สนามปรากฏการณ์ของชีวิต บุคคลมีตัวตนทั้งในลักษณะที่เป็นอยู่จริง (Self as it is) ตัวตนในอุดมคติ (Ideal self) และตัวตนสูงสุดคือ จิตวิญญาณ (Spiritual self) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดความตระหนัก ความรู้สำนึกขั้นสูงเป็นพลังภายในที่จะทำให้บุคคลอยู่เหนือตัวตนปกติได้

๒) สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal filed) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะที่มีการดูแลในช่วงเวลาหนึ่ง หรือสถานที่หนึ่ง เป็นกรอบอ้างอิงของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการที่บุคคลให้ความหมายต่อสรรพสิ่งต่างๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ตามการรับรู้และประสบการณ์

๓) ขณะการดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual Caring Occasion) เป็นขณะที่เวลาพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการรับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่ดีหรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ถือว่าเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ เป็นผลให้บุคคลดูแลตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

๔) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล มิได้เป็นเพียงการพบกันในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบกันในช่วงเวลา พยาบาลและผู้ป่วย ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน[๗๑]

ทฤษฎีการดูแลของวัทสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ (Ten creative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) อีก ๑๐ ประการที่วัทสันพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ.1979 และ มหาวิทยาลัยโคโลราโด ได้รวบรวมและเผยแพร่ทฤษฎีของวัทสันในปี ค.ศ.2008 ปัจจัยที่มีส่วนร่วมในการดูแลประกอบด้วย หลักการ ๑๐ ประการ ดังนี้

๑) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (The formation of a humanistic- altruistic system of values)

๒) สร้างความศรัทธาและความหวัง (The installation of faith-hope)

๓) ปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (The cultivation of sensitivity to one’s self and to others)

๔) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ (The development of a helping-trust relationship)

๕) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ (The promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings)

๖) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ (The systematic use of the scientific problem-solving method for decision making)

---

[๗๑]ดูรายละเอียดใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**, หน้า ๙๑-๙๖.

๗) ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น (The promotion of interpersonal teaching-learning)

๘) ประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ/สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด (The provision for a supportive, protective and/or corrective mental, physical, socio-cultural and spiritual environment)

๙) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น (Assistance with the gratification of human needs)

๑๐) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือพลังที่มีอยู่ (The allowance for existential-phenomenological forces)[๗๒]

ปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ และกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ถือเป็นกรอบการทำงาน (Framework) และเป็นความเชื่อหลัก (Core) ในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลต้องเชื่อมโยงกับความรัก การดูแลไม่ได้มาจากพฤติกรรมหรือความรู้สึกเพียงเท่านั้นหากแต่ก่อปรขึ้นมาจากความเป็นมนุษย์ การดูแลจึงไม่ใช่สิ่งที่เป็นนามธรรม และไม่ได้เป็นเพียงปรัชญา แต่การดูแลคือสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้ การนำของปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ เป็นกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (Clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล

สามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ๑)ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ๒) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และ ๓) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน เป็นต้นแบบของการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแล เช่น ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองก่อนเป็นพื้นฐาน หากการดูแลรักษาตนเองไม่เพียงพอจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว ในกรณีที่รักษาตนเองอยู่ที่บ้าน เจ้าหน้าที่ พยาบาล เมื่อจำเป็นต้องพักรักษาตนเองในโรงพยาบาล นอกจากนี้จะต้องมีส่วนย่อยเข้ามาจัดการกับการดูแลความสะอาดทางด้านร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม หรือที่พักอาศัยจะต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

---

[๗๒]Watson, J., **Nursing : the philosophy and science of caring**, (Colorado: University Press of Colorado, 2008), pp. 9-10, ดูรายละเอียดใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**, หน้า ๙๑-๙๖.

๒.๔ สถานการณ์กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ปัจจุบัน พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งความจริงก็คือ โรคเรื้อรัง มากถึงร้อยละ ๖๐ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น สาเหตุหลักของโรคส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ เกิดจากพฤติกรรมจากขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า รับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง[๗๓] และผู้ป่วยในบางพื้นที่ของประเทศยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานที่ควรจะได้รับตามสิทธิ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะทีมบริการเฉพาะโรค การขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การกระจุกตัวของแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การขาดอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจรักษา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาในการแก้ปัญหาอย่างตรงจุดและเหมาะสม[๗๔]

สำนักระบาดวิทยา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ๓ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้เพิ่มโรคในการเฝ้าระวังอีก ๒ กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[๗๕] กลุ่มโรคนี้เป็นที่ทราบกันดีว่า เกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากทั้งบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีด้วยกันหลายสาเหตุได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ความเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง[๗๖]

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๕ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๓ ซึ่งในปี ๒๕๕๔ จำนวนและอัตราผู้ป่วย

---

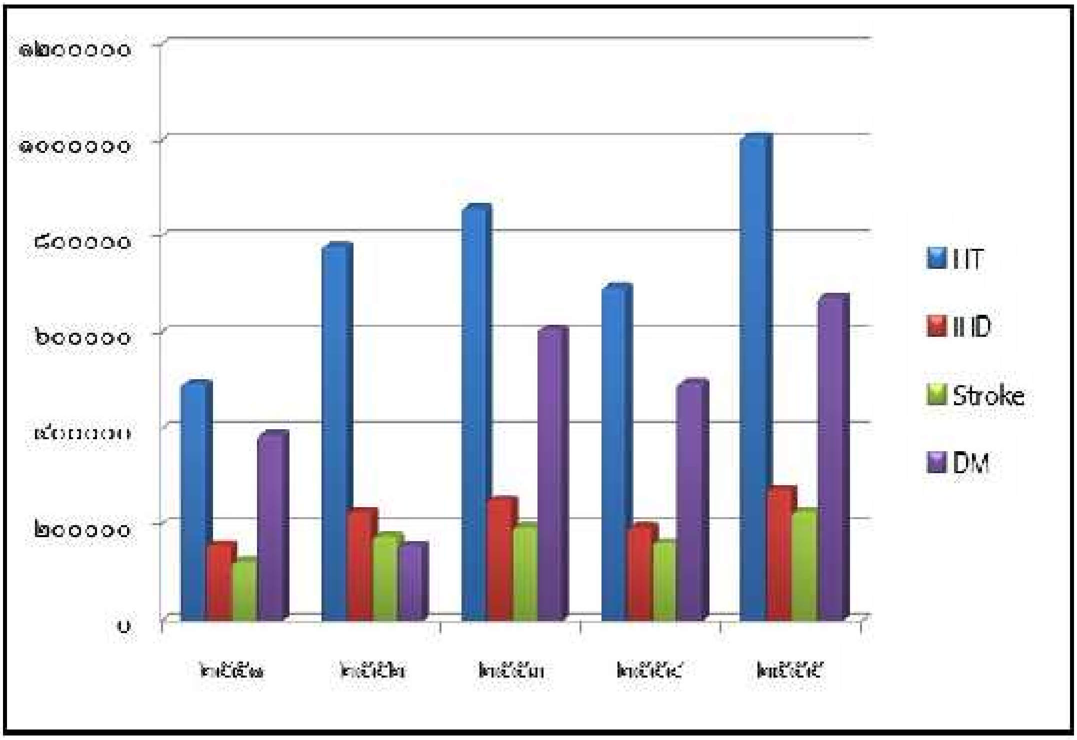
[๗๓]สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “เปิดประเด็น”, ใน **การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน**, สุพัตรา ศรีวณิชชากร บรรณาธิการ, (นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๕), หน้า ๕.

[๗๔]ราม รังสินธุ์ และคณะ, “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓”, **รายงานผลการวิจัย**, (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔), หน้า ๑.

[๗๕]อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และ ธนวันต์ กาบภิรมย์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๓”, **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**, ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๑๗ (๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕) : ๒๕๗.

[๗๖]ดูรายละเอียดใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **รายงานถอดบทเรียนชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ปี ๒๕๕๓**, (นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓), หน้า ๑-๒,

ในด้วยโรคดังกล่าวลดลงทุกโรคและกลับเพิ่มมากขึ้นทุกโรคอีกในปี ๒๕๕๕ ดังข้อมูลตามแผนภูมิที่ ๒.๑ และตารางที่ ๒.๒



แผนภูมิที่ ๒.๑ แผนภูมิอัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕[๗๗]

ตารางที่ ๒.๑ อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑

พ.ศ.	HT		IHD		Stroke		DM	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๒๕๕๑	๔๙๔,๘๐๙	๘๖๐.๕	๑๕๙,๑๗๖	๒๗๖.๘	๑๒๔,๕๓๒	๒๑๖.๖	๓๘๘,๕๕๑	๖๗๕.๗
๒๕๕๒	๗๘๐,๖๒๙	๑๒๓๐.๒	๑๕๘,๑๕๖	๓๕๙.๓	๑๗๖,๒๐๒	๒๗๗.๗	๒๒๘,๐๓๒	๘๗๙.๖
๒๕๕๓	๘๕๙๕๘๓	๑๓๔๙.๔	๒๕๓,๐๑๖	๓๙๗.๒	๑๙๖,๑๕๙	๓๐๗.๙	๖๐๗,๘๒๘	๙๕๔.๒
๒๕๕๔	๖๙๔๓๐๙	๑๑๘๗.๐	๑๙๕,๘๔๙	๓๓๔.๘	๔๙๖,๔๗๑	๒๗๗.๘	๑๖๒,๔๖๗	๘๔๘.๘
๒๕๕๕	๑,๐๐๙,๓๘๕	๑๕๗๐.๖	๒๗๔,๗๕๓	๔๒๗.๕	๒๒๗,๘๔๘	๓๕๔.๕	๖๗๔,๘๒๖	๑๐๕๐.๑

[๗๗]สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **รายงานประจำปี ๒๕๕๖**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๖), หน้า ๓๑.

จากแผนภูมิที่ ๒.๑ และ ตารางที่ ๒.๒ สามารถอธิบายได้ว่า อัตราของผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๕ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และหัวใจขาดเลือด (IHD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด หากไม่สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ก็จะทำให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต[๗๘] และมีโอกาสที่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผลกระทบที่จะส่งผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ผู้ที่เป็นโรคกลุ่มนี้อาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือ เกิดความพิการ ทำให้เป็นภาระและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต[๗๙] ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ยุ่งยากและซับซ้อน ต้องการการจัดการดูแลที่เกิดจากการประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในลักษณะของการบูรณาการเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี เป็นการเข้าใจถึงปัญหาอย่างแท้จริง เพราะว่าการบูรณาการเป็นการผสมผสานหลายวิธี สามารถช่วยเหลือชาวบ้านให้รู้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีสาระและคุ้มค่าอย่างมีคุณภาพ[๘๐]

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากการตรวจพบมากขึ้นและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น ความก้าวหน้าในการรักษาโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวจนเกิด โรคอื่นที่รุนแรงต้องการการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังมี ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ส่วนกลุ่มที่ได้รับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังก็ยังไม่ได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลและดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าโรคเรื้อรัง จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในอนาคตอันใกล้ หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม[๘๑] ทั้งนี้ผลกระทบตามมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่จะเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องสูญเสียภาวะสุขภาพ กลายเป็นผู้ไร้ความสามารถและเป็นภาระแก่ผู้อื่น แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ภาระการดูแล และความอยู่ดีมีสุขในครอบครัว ทางด้านสถานบริการสุขภาพเอง

---

[๗๘]ดูรายละเอียดในสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๔๔), หน้า ๑-๕.

[๗๙]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **รายงานถอดบทเรียนชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ๒๕๕๓**, (นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

[๘๐]นิวัฒน์ ศิตลักษณ์ และคณะ**, การแพทย์บูรณาการ ฉบับหมอมวลชน**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (นนทบุรี: หมอมวลชน, ๒๕๕๔), หน้า ๑๖.

[๘๑]ศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน **บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**, ศิริอร สินธุ และสุพัตรา บัวที บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๕๓) : ๑๕-๒๑.

ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาลเพื่อควบคุมอาการของโรค เพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังให้ยืนยาวขึ้น ในขณะที่ยังไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีเป้าประสงค์ที่วิจัยในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะศึกษาในเฉพาะกลุ่มของโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

การเกิดโรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่กำลังเผชิญอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงภายใต้กระแสของสังคมบริโภคนิยมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนต่อด้านต่างๆ ในระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน และส่งผลให้เกิดโรคที่สำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเหล่านี้พบมากขึ้นตามความเจริญทางวัตถุนิยมของสังคม โรคเหล่านี้มักรักษาไม่หาย ถ้าไม่รู้จักปฏิบัติตนให้ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ต้องร่วมมือ ร่วมใจกันหาทางป้องกันและแก้ไข โดยเริ่มต้นที่ตัวเราเองทุกคน ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดโดยสังเขป ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ โรคเบาหวาน

๒.๔.๑.๑ ความหมายของโรคเบาหวาน

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวานในลักษณะที่สอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

โรคเบาหวานเป็นชื่อโรคชนิดหนึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ[๘๒] เป็นโรคที่รู้จักกันทั่วไปตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษ มีบันทึกว่านายแพทย์ชาวกรีก ชื่อกาเลน (Galen) ได้บรรยายถึงโรคที่ทำให้ผู้ป่วยผอมลง ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กินน้ำมาก และถึงแก่ความตายภายหลังจากเป็นโรคไม่นาน ต่อมานายแพทย์ชาวโรมัน ชื่อแอรีเทียส (Aretaeus) ได้ตั้งชื่อโรคตามอาการนี้ว่า ไดอะบีทีส (Diabetes) หมายถึง การที่ร่างกายขับน้ำหรือปัสสาวะออกมามากกว่าปกติ ในภายหลังนายแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ โทมาส วิลลิส (Thomas Willis) ได้ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะของผู้ป่วย และบันทึกไว้ว่าถ้าปัสสาวะของผู้ป่วยมีรสหวานเหมือนน้ำผึ้ง ผู้ป่วยจะผอมลง อ่อนเพลียและตายในที่สุด จึงมีผู้เติมคำว่า เมลลิตัส (Mellitus) ซึ่งเป็นภาษาลาตินหมายถึง น้ำผึ้ง ลงท้ายคำว่า ไดอะบีทีส เป็น คำว่า ไดอะบีทีส เมลลิตัส (Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคที่ปัสสาวะมีรสหวานเหมือนน้ำผึ้ง[๘๓] โรคเบาหวานแบ่งเป็น ๔ ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

๑) โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (type 1 diabetes mellitus, T1DM)

---

[๘๒]ราชบัณฑิตยสถาน, **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒**, (กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๔๖), หน้า ๖๓๗.

[๘๓]ดูรายละเอียดในวลัย อินทรัมพรรย์, “ประวัติของโรคเบาหวาน”, ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค หน่วยที่ ๘-๑๕**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๓, (นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๕๒), หน้า ๔๓.

๒) โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type 2 diabetes mellitus, T2DM)

๓) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types)

๔) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)[๘๔]

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับทางโภชนาการและรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอหรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า "เบาหวาน"[๘๕] ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ[๘๖] และพบระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยเจาะเลือดหลังงดอาหารและน้ำอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด[๘๗] เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานพบมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี ซึ่งตามการคาดคะเนขององค์การอนามัยโลก ในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น และโรคเบาหวานก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจ หลอดเลือด[๘๘]

สรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ หรืออาจกล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพของฮอร์โมนอินซูลินลดลง ร่างกายมีความดื้อต่ออินซูลิน หรือมีการสร้างอินซูลินจากตับอ่อนลดลง เมื่อร่างกายนำน้ำตาลมาใช้ไม่ได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น

---

[๘๔]สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และอื่น ๆ, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗**, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗), หน้า ๑.

[๘๕]สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๒ : ๓๕๐ โรคกับการดูแลรักษาและป้องกัน,** พิมพ์ครั้งที่ ๔ (ฉบับปรับปรุง)**,** (กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๑), หน้า ๗๗๗, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร และคณะ, **สุขภาพดี หมอจุฬาฯ**, โมนา อัศวิษณุ บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พิบลิชชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔.

[๘๖]เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร: จูนพับลิชชิ่ง, ๒๕๔๘), หน้า ๒๗.

[๘๗]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๓.

[๘๘]สุนทร ตัณฑนันทน์, **ตำราโรคเบาหวาน**, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๒.

๒.๔.๑.๒ สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้าง ฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อย หรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ ทำให้ร่างกายผ่ายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเปลี้ย เพลียแรง นอกจากนี้ การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดความผิดปกติ และนำมาซึ่งภาวะแทรก ซ้อนมากมาย สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน สามารถอธิบายตามชนิดของโรคเบาหวาน[๘๙] ได้ดังนี้

(๑) สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (type 1 diabetes)

สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ ส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิต้านตนเอง (autoimmune) และ ส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) โดยทั่วไปพบมีปัจจัยหลัก ๒ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทั้ง ๒ ชนิดนี้จะส่งเสริมกันทำให้เกิดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกัน มาทำลายเซลล์บีตา (beta-cells) ของตับอ่อน เมื่อถูกทำลายมาก การสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

(๒) สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (type 2 diabetes mellitus)

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเบาหวานมีหลายประการ เช่น

-ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง เกิดการดื้อต่อการออกฤทธิ์อินซูลิน ทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง และขัดขวางการเผาผลาญกลูโคสภายในเซลล์ คนที่อ้วนส่วนกลาง (central obesity) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สูงถึงเกือบ ๓ เท่า ของคนที่มีน้ำหนักปกติ

-พันธุกรรม จากการศึกษาฝาแฝดในไข่ใบเดียวกัน (Identical twins) พบว่าเมื่อคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวานก่อนอายุ ๔๐ ปี และเป็นชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประมาณร้อยละ ๙๐ ของคู่แฝด อีกคนหนึ่งจะเป็นเบาหวานด้วย

-สิ่งแวดล้อม ได้แก่ โภชนาการ ความอ้วน ความอ้วนทำให้เกิดการดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน การขนถ่ายกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาบอลิซึมของกลูโคสภายในเซลล์ หรือการดื้ออินซูลินจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ที่ลดลง ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก อาหารที่มีน้ำตาลมากจะดูดซึมได้รวดเร็ว ทำให้กระตุ้นการหลั่งของอินซูลินจากเบต้าเซลล์อย่างเฉียบพลัน การขาดการออกกำลังกายจะทำให้เนื้อเยื่อมีปฏิกิริยาตอบรับต่ออินซูลินไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จึงมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ

---

[๘๙]ดูรายละเอียดใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, **รู้ทันเบาหวาน ๑**, (กรุงเทพมหานคร: ใกล้หมอ, ๒๕๔๙), หน้า ๕๐-๖๙, สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, **คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ : การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๒), หน้า ๗-๙.

-จากความผิดปกติของตับอ่อน ตับอ่อนเกิดการอักเสบ เช่น มะเร็ง เนื้องอก หรือ ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน การติดเชื้อไวรัสบางชนิด มีส่วนสัมพันธ์กับเบาหวานชนิดที่ ๒

-ความเครียด มีผลไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนหลายตัวในร่างกาย ซึ่งขัดขวางการทำงานของอินซูลิน ทำให้เกิดการดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒

-สาเหตุอื่น ๆ เช่น การที่มีฮอร์โมนควบคุมการเจริญเติบโตสูงมากผิดปกติ ซึ่งฮอร์โมนนี้มีความสามารถในการต่อต้านอินซูลิน ทำให้ความสามารถในการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อลดลง การใช้ยาพวกกลูโคคอร์ติคอยและยาคุมกำเนิด จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกลูโคสมากขึ้น ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง[๙๐]

๒.๔.๑.๓ สถานการณ์ของโรคเบาหวานในสังคมไทย

จากการรายงานการวิจัยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีร้อยละ ๖.๙ ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ ๗.๗ และ ๖.๐ ตามลำดับ) กลุ่มอายุที่มีความชุกของโรคสูงสุด คือ กลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปี คือ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ ๑๖.๗ ในส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษาพบร้อยละ ๓.๓ ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด ส่วนที่เหลือประมาณ ๒ ใน ๓ ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษาอยู่ และร้อยละ ๒๘.๕ ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า ๑๒๖ มก./ดล. ส่วนความชุกของภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยรวมร้อยละ ๑๐.๗ ผู้ชายมีความชุกสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อยความชุกเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นในผู้ชาย[๙๑] และจากการรายงานของสำนักระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน ๑๗๙,๕๗๙ ราย อัตราป่วย ๒๗๙.๘๓ ต่อประชากรแสนคน[๙๒] เบาหวานไม่ใช่โรคที่ทำการรักษาให้หายขาดได้ แต่ทำการป้องกันไม่ให้เป็นได้ คนที่เป็นเบาหวานแล้วก็ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ คนที่ยังไม่เป็นก็สามารถป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานได้สิ่งสำคัญที่สุดของการดูแลเบาหวาน คือ การสอนให้ผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้ที่เป็นเบาหวานแล้วรู้จักดูแลตนเอง ในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย นั่นคือ "การ

---

[๙๐]ดูรายละเอียดใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, "แนวคิดทิศทางที่เหมาะสมของระบบบริการในการจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน)", ใน **การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**, สายศิริ ด่านวัฒนะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล, ๒๕๕๒), หน้า ๓๒.

[๙๑]ราม รังสินธุ์ และคณะ, "การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓", หน้า ๓.

[๙๒]อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, "รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔", **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,** ปีที่ ๔๔ ฉบับที่ ๑๐ (๑๕ มีนาคม ๒๕๕๖) : ๑๔๖.

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”[๙๓] หมายถึงการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตได้[๙๔]

สามารถสรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ความอ้วน อายุ วิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย การนอนพักผ่อนน้อย นอนไม่เป็นเวลา ภาวะเครียด ยาบางชนิด การติดเชื้อหรือมีเหตุต่างๆ ที่มีผลทำให้ตับอ่อนทำหน้าที่ลดลง ผลิตอินซูลินได้น้อยเกินไป หรือไม่ผลิตเลย หรือผลิตอินซูลินได้ จึงทำให้ประสิทธิภาพในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง เมื่อน้ำตาลไม่ถูกนำไปใช้เป็นพลังงาน จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา เนื่องจากตับอ่อนทำหน้าที่นำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงานช่วยให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อร่างกายนำน้ำตาลมาใช้ไม่ได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย

๒.๔.๒ โรคความดันโลหิตสูง

๒.๔.๒.๑ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะที่สอดคลองกัน ดังต่อไปนี้

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตกิค (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มม.ปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิค (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท[๙๕] โรคนี้นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคอื่นๆ ได้หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม โรคความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐

---

[๙๓]เทพ หิมะทองคำ, “ทิศทางการพัฒนาระบบดูแลเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ” ใน **การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**, สายศิริ ด่านวัฒนะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล, ๒๕๕๒), หน้า ๒๐.

[๙๔]สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๔**, หน้า ๑๓.

[๙๕]กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ๒๕๔๙), หน้า ๑๙,

ของประชากรทั่วโลก เป็นภาวะเรื้อรังที่พบได้บ่อยในคนไทย[๙๖] ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งของประเทศ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะนี้ส่วนมากมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก แต่มักมีอาการหรืออาการแสดงเมื่อเป็นมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเกิดขึ้นกับหัวใจ ตา ไต และสมอง เป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้มีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑.๔ ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการ และไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้ ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในประชากรวัยหนุ่มสาว เนื่องจากภาวะเครียดทางจิตใจ การแข่งขันในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำรงชีพ และบริโภคอาหาร ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองพิการ ไตพิการ ฯลฯ ที่สำคัญคือภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ แต่เป็นฆาตกรเงียบ จึงควรได้รับความเอาใจใส่ทั้งจากแพทย์ทุกแขนงและประชาชนทั่วไป เพราะโรคแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ จากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่ป้องกันได้[๙๗]

๒.๔.๒.๒ สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขได้ค้นคว้า วิจัย ทดลองและบันทึกถึงสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถแบ่งตามสาเหตุใหญ่ ๆ เป็น ๒ ชนิด คือ

๑) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้ร้อยละ ๑๐ หรือน้อยกว่า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือ จากโรคของอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของ หลอดเลือดแดง ถ้ารักษาสาเหตุของโรคได้ โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้จะหายไปด้วย

๒) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) พบได้ถึงร้อยละ ๙๐-๙๕ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานโซเดียมหรือเกลือมาก ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของคนทั่วไป ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในคนที่มีอายุมากกว่า ๓๐ ปี ขึ้นไป โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนน้อยที่อาจจะเป็นในคนที่อายุต่ำกว่า ๓๐ ปี ซึ่งมักจะมีความ

---

[๙๖]สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๕**, (กรุงเทพมหานคร: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง, ๒๕๕๕), หน้า ๑, สิทธิชัย อาชายินดี, “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง” ใน **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕), หน้า ๑๕.

[๙๗]สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), คำนำ.

ผิดปกติอื่นๆ ของร่างกายร่วมด้วย โดยกลไกการเกิดอาจเกี่ยวข้องกับการที่ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) มีการทำงานมากขึ้น การสร้างฮอร์โมนบางชนิดมีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานโปแตสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ การหลั่งเรนิน (Rennin)* มากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น โพสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน การมีปัจจัยการเจริญเติบโตของหลอดเลือด (Vascular Growth Factor) มากขึ้นและความเปลี่ยนแปลงในการขนส่งไอออนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน ๑ นาที (Cardiac Output) และหรือการเพิ่มของแรงต้านของหลอดเลือด (Peripheral Resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

๒.๔.๒. ๓ สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[๙๘] ได้รายงานสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔* ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ ๓๗๙,๕๕๑ ราย อัตราป่วย ๕๙๑.๓๘ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๑,๙๙๗,๗๗๐ ราย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ๓๗๙,๕๕๑ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๔๘,๖๒๗ ราย อัตราป่วย ๔๗๐.๔๔ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๒๓๐,๙๒๔ ราย (๗๐๘.๖๒) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๕๕ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ ๒,๖๔๙.๗๙ ต่อประชากรแสนคน (๒๐๖,๔๕๗) รองลงมา กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี อัตราป่วย ๑.๓๑๑.๒๒ ต่อประชากรแสนคน (๑๐๒,๐๘๕ ราย) กลุ่มอายุ ๔๐๒๔๙ ปี อัตราป่วย ๔๙๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน (๕๒,๙๓๙ ราย) กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อัตราป่วย ๔๔.๑๔ ต่อประชากรแสนคน (๑๘,๐๒๕ ราย) แม้อัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูง โดยตรงมีแนวโน้มลดลง แต่กลับทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปลายทางที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมองหัวใจล้มเหลวและไตเรื้อรังที่มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นอีก

---

*Rennin คือ เอนไซด์ที่ทำให้นมเป็นก้อน พบในน้ำย่อยกระเพาะอาหาร; สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**, หน้า ๑๐๓๔.

[๙๘]อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,** ปีที่ ๔๔ ฉบับที่ ๑๐ (๑๕ มีนาคม ๒๕๕๖) : ๑๔๖.

*จากรายงานที่ได้รับทั้งหมด ๔๖ จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี อ่างทอง ลพบุรี นครปฐม จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี สิงห์บุรี ประจวบคีรีขันธ์ เลย หนองบัวลำภู หนองคาย ขอนแก่น อุดรธานี อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด สุรินทร์ บุรีรัมย์ มหาสารคาม เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน พะเยา พิษณุโลก สุโขทัย พิจิตร ลำปาง นครสวรรค์ อุทัยธานี เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต สตูล ปัตตานี และ ยะลา

เท่าตัว ในทุก ๆ ๑๐ ปีข้างหน้า เนื่องจากความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจจัดได้ว่าเป็นโรคระบาดใหม่ของคนไทย ในประเทศไทยอาจต้องใช้เวลามากกว่า ๔๐ ปี ในการจัดการลดการระบาดของภาวะความดันโลหิตสูงและโรคปลายทาง เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีมาตรการระดับชาติที่เป็นมาตรฐานเชิงรูปธรรม เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในปัจจุบันและอนาคตทางระบาดวิทยาของโรคหัวใจและหลอดเลือดของคนไทย[๙๙]

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มม.ปรอท และหรือความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท เกิดจากความดันโลหิต คือ แรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ไต แขน ขา รวมทั้งตัวกล้ามเนื้อหัวใจเองด้วย โดยจำแนกระดับความรุนแรงที่ระดับความดันโลหิตทั้งสองค่าตามเกณฑ์มีทั้งหมดในระดับค่าปกติ โรคนี้นำไปสู่ภาวะปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ดีและหรือได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานโซเดียมหรือเกลือมาก ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

๒.๔.๓ โรคหลอดเลือดหัวใจ

๒.๔.๓.๑ ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในลักษณะที่สอดคลองกัน ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease; CAD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease; IHD) คือ โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อบุภายในของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ทำให้หลอดเลือดตีบ ถ้าหลอดเลือดแดงนั้นตีบร้อยละ ๕๐ หรือมากกว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บอก ใจสั่น เหงื่อออก จะเป็นลม หมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลันได้[๑๐๐] โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นหลายประการ โรคหลอดเลือดหัวใจจะเริ่มพบในกลุ่มอายุน้อยลงคือประมาณ ๔๐ ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๗๐-๙๐ ปี ปัจจุบันแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่อุปติการณ์ของกลุ่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญไม่ได้ ลดลงตามไปด้วยเลย ดังนั้นในอนาคตจำนวนผู้ป่วยอาจกลับมาสูงขึ้นก็เป็นได้ หากไม่ได้รับการวางแผนจัดการกับโรคอย่างสมบูรณ์

---

[๙๙]ศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน **บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**, หน้า ๑๕.

[๑๐๐]สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด**, (นนทบุรี: ซีจี ทูล, ๒๕๕๑), หน้า ๕.

แบบและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสที่จะพัฒนากลายเป็นกลุ่มอาการ ที่เรียกว่า หัวใจวายเรื้อรังหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI & CHF) เพิ่มมากขึ้น[๑๐๑]

๒.๔.๓.๒ สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การมีไขมันจับที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจที่เรียกว่า พลาค (Plaque) จึงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หนา ช่องในหลอดเลือดจึงตีบแคบลง และเมื่อพลาคนี้ก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด หรือ ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย ร่างกายจะซ่อมแซมผนังส่วนเสียหายโดยการจับตัวเป็นก้อนของเกร็ดเลือด และเม็ดเลือดขาว จึงยิ่งส่งผลให้ช่องในหลอดเลือดตีบแคบลงอีก เลือดจึงหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงเกิดเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และบ่อยครั้ง การซ่อมแซมจากร่างกายนี้ ก่อให้หลอดเลือดถึงอุดตัน จึงส่งผลให้เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด ซึ่ง อาจเกิดได้อย่างเฉียบพลัน และเมื่อรุนแรง จะเป็นสาเหตุให้หัวใจหยุดทำงานทันที จึงเสียชีวิตได้ทันที กะทันหัน นอกจากนั้น หลอดเลือดหัวใจ ยังสามารถบีบหดตัวได้ ดังนั้นเมื่อมีการหดตัวของหลอดเลือด จึงส่งผลให้รูท่อหลอดเลือดตีบแคบลง จึงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ เช่น จากภาวะมีความเครียดสูง เป็นต้น[๑๐๒]

๒.๔.๓.๓ สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[๑๐๓] ได้รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๒๑,๗๘๒ ราย อัตราป่วย ๓๓.๙๔ ต่อประชากรแสนคนและผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๕๐,๗๔๕ ราย อัตราความชุก ๑๑๓.๐๐ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ๒๑,๗๘๒ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๐,๘๘๐ ราย อัตราป่วย ๓๔.๔๔ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๑๐,๙๐๒ ราย (๓๓.๔๕) อัตรา-ส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ ๑:๑ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ ๑๙๗.๑๙ ต่อประชากรแสนคน (๑๕,๓๖๔ ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี อัตราป่วย ๕๓.๙๑ ต่อประชากรแสนคน (๔,๑๙๗ ราย) กลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี อัตราป่วย ๑๔.๔๐ ต่อประชากรแสนคน (๑,๕๒๕ ราย) และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อัตราป่วย ๑.๕๙ ต่อประชากรแสนคน (๖๙๐ ราย)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อบุภายใน

---

[๑๐๑]ดูรายละเอียดในศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน **บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**, หน้า ๑๕-๒๒.

[๑๐๒]พวงทอง ไกรพิบูลย์, **โรคหัวใจ : โรคหลอดเลือดหัวใจ**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://haamor.com/th/#article102 [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗].

[๑๐๓]อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์** : ๑๔๙.

ของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ทำให้หลอดเลือดตีบ สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การมีไขมันจับที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจ จึงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หนา ช่องในหลอดเลือดจึงตีบแคบลง ก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด หรือ ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย นอกจากนั้น หลอดเลือดหัวใจยังสามารถบีบหดตัวได้ ดังนั้นเมื่อมีการหดตัวของหลอดเลือด จึงส่งผลให้รูท่อหลอดเลือดตีบแคบลง จึงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ เช่น จากภาวะมีความเครียดสูง เป็นต้น

๒.๔.๔ โรคหลอดเลือดสมอง

๒.๔.๔.๑ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

นักวิชาการทางด้านการแพทย์ ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในลักษณะที่สอดคลองกัน ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง ภาวะของ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบ ตัน หรือ มีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก (Burst) ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองลดลง สมองขาดออกซิเจนและอาหาร ทำให้เซลล์สมองตาย[๑๐๔] จัดอยู่ในกลุ่มโรคของระบบการไหลเวียนที่เป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูง นับได้ว่าเป็นโรคอันดับต้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัวและสังคม องค์กรอนามัยโลกประมาณการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ราว ๑.๑ ล้านคนในปีค.ศ. 2000 เพิ่มเป็น ๑.๕ ล้านคนในปีค.ศ. 2025 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ คนต่อปี หรือ ๒๐๖.๓๔ ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือทุกๆ ๑ นาทีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่จำนวน ๔ ราย และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ๑๑ ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำถึง ๔ เท่าตัว ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุอันดับที่ ๒ และ ๓ ของความสูญเสียของประเทศ เนื่องจากการป่วย พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้หญิง และผู้ชาย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ ๒ ทั้งในชายและหญิง ดังนั้น การทำความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองในด้านอุบัติการณ์ จะช่วยให้สามารถเข้าใจและวิเคราะห์ สถานการณ์ของโรค

---

[๑๐๔]สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, “โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย”, **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๑.

หลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผนจัดการโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๑๐๕]

๒.๔.๔.๒ ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมี ๒ ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ ๗๕-๘๐ และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ ๒๐-๒๕ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมากทั้งในเรื่องการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการที่สงสัยว่าน่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะถือว่าโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นว่าบางครั้งจะเรียกโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเฉียบพลันว่า “Brain attack” เช่นเดียวกับที่เรียกโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดว่า“Heart attack” ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรตลอดจนประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างรีบด่วน ดังมีคำกล่าวที่ว่า “time is brain”[๑๐๖]

๓) สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ในสังคมไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[๑๐๗] ได้รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ ได้รับรายงานผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย อัตราป่วย ๒๙.๐๓ ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) จำนวน ๕๙,๔๙๐ ราย อัตราความชุก ๙๒.๖๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๐,๖๔๖ ราย อัตราป่วยเท่ากับ ๓๓.๗๐ ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ๗,๙๘๓ ราย อัตราป่วย ๒๔.๕๐ ต่อประชากรแสนคน พบเพศชายป่วยมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ ๑๑.๒๗ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ ๑๕๓.๕๓ ต่อประชากรแสนคน (๑๑,๙๖๒ ราย) รองลงมา กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี (๓,๖๒๓ ราย) อัตราป่วย ๔๖.๕๔ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี (๑,๘๔๒ ราย) อัตราป่วย ๑๗.๓๙ ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี (๑,๑๙๓ ราย) อัตราป่วย ๒.๗๔ ต่อ

---

[๑๐๕]สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์**, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑.

[๑๐๖]ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๐), หน้า ๒.

[๑๐๗]อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔”, **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์** : ๑๔๙.

ประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่จำนวน ๑๘,๖๒๙ ราย พบอาการอัมพาต จำนวน ๙,๘๗๔ ราย ร้อยละ ๕๓.๐๐ รองลงมา คือ เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ๔,๖๘๔ ราย ร้อยละ ๒๕.๑๔ เลือดออกในสมองใหญ่ ๒,๒๐๗ ราย ร้อยละ ๑๑.๘๕ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ๑,๐๗๓ ราย ร้อยละ ๕.๗๖ และเลือดออกในสมองที่อื่นๆ ๗๙๑ ราย ร้อยละ ๔.๒๕

ระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบททั้งในเอเชียและยุโรป โดยอุบัติการณ์ ในประเทศไทยจะพบมากที่ ภาคกลาง (ร้อยละ ๑.๙๙) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ ๑.๕) ถัดมาคือภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากัน (ร้อยละ ๐.๖) และอาศัยในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๒.๑) พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และมักเกิดในผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป แต่จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศ ไทยเริ่มพบเพิ่มขึ้นในช่วงอายุที่น้อยกว่า ๖๐ ปี คือ ๔.๕๘๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๔๙ กลายเป็น ๕๑๔๗ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบ มากที่สุด รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โรคหัวใจขาดเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และหัวใจเต้นผิดปกติ ตามลำดับ

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีความก้าวหน้าไปมากการศึกษาชี้ชัดว่าเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการรักษา โดยพบว่าหากสามารถแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้อย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้อัตราตายหรือพิการลดลง สำหรับการรักษาเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีหลักฐานยืนยันว่าได้ผลในการลดอัตราตายหรือพิการ โดยการให้ยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การให้ยาแอสไพรินภายใน ๔๘ ชั่วโมง ในขนาดอย่างน้อย ๑๖๐ มิลลิกรัมต่อวัน และการรับตัวผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน[๑๐๘]

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองเกิดการตีบ ตัน หรือ มีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตก ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองลดลง สมองขาดออกซิเจนและอาหาร ทำให้เซลล์สมองตาย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ประเภทที่มีการตีบหรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองโดยเกิดขึ้นนานกว่า ๒๔ ชั่วโมง และการแตกของหลอดเลือดในสมองและทำให้มีการคั่งของเลือดรอบๆ เซลล์สมอง

จากการนำเสนอในเบื้องต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอด

---

[๑๐๘]ยงชัย นิละนนท์ และคณะ, “การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทยโดยการศึกษาแบบสหสถาบัน”, **รายงานผลการวิจัย**, (สมาคมหลอดเลือดสมองไทย: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.), ๒๕๕๒), หน้า ๑.

เลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานจะเป็นโรคตั้งต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ที่มักเกิดตามมาถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่พบได้มากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงเป็น ๔ เท่าของคนทั่วไป และผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ ๗๐ เสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิดเพิ่มสูงขึ้น ๓-๔ เท่า ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอีกด้วย ที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดเรื้อรัง การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบตามมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่จะเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องสูญเสียภาวะสุขภาพ กลายเป็นผู้ไร้ความสามารถและเป็นภาระแก่ผู้อื่น แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ภาระการดูแล และความอยู่ดีมีสุขในครอบครัว ทางด้านสถานบริการสุขภาพเองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาลเพื่อควบคุมอาการของโรค เพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังให้ยืนยาวขึ้น

๒.๕ แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒.๕.๑ การใช้ยาในการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิด เช่น ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันเลือด ยาป้องกันหลอดเลือดอุดตัน ยาลดไขมันในเลือด และในผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยาฉีดอินซูลินเพื่อลดน้ำตาลในเลือดด้วย การใช้ยาอย่างถูกวิธีจะทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี ผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วย โดยสังเขป ดังนี้

๑) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีสาเหตุที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินสุลินได้ในปริมาณที่สูงพอที่จะจัดการเก็บน้ำตาลจากเลือดเข้าเซลล์เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ค่าปกติ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รศ.ภ.ญ.บุษบา จินดาวิจักษณ์ ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อธิบายไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยา เพียงเท่านี้ผู้ป่วยก็จะมีชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขเหมือนคนทั่วไป ในเรื่องการใช้ยา มียาอยู่ ๒ ประเภทได้แก่ ยารับประทาน และยาฉีดอินสุลิน ยารับประทานรักษาโรคเบาหวานยังแบ่งออกได้อีก ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาที่กระตุ้นการทำงานของตับอ่อนให้สร้างอินสุลิน กลุ่มยาที่ส่งเสริมการทำงานของอินสุลิน โดยลดการสร้างน้ำตาลจากตับและทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้นและกลุ่มยาที่ขัดขวางการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสเลือด ยาทั้ง ๓ กลุ่มมีวิธีรับประทานต่างกันไป บางชนิดต้อง

รับประทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง บางชนิดต้องรับประทานพร้อมอาหารและ บางชนิดต้องรับประทานหลังอาหาร อย่างไรก็ตาม ข้อที่สำคัญคือ การรับประทานยาจะต้องตรงเวลา และไม่ขาดยา[๑๐๙] ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาโดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรกซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจมีร่วมด้วย[๑๑๐] ซึ่งรายละเอียดของใช้ยาเพื่อการรักษา มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(๑) ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

- กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนีลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนีลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor (หรือ gliptin)

- กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanide และกลุ่ม thiazolidinedione หรือ glitazone

-กลุ่มที่ยับยั้งเอ็นไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitor) ที่เยื่อบุลำไส้ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

(๒) ยาฉีดอินซูลิน

อินซูลินที่ใช้ในปัจจุบัน สังเคราะห์ขึ้นโดยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับอินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น เรียกว่า ฮิวแมนอินซูลิน (human insulin) ระยะหลังมีการดัดแปลง human insulin ให้มีการออกฤทธิ์ตามต้องการ เรียกอินซูลินดัดแปลงนี้ว่าอินซูลินอะนาล็อก(insulin analog) อินซูลินแบ่งเป็น ๔ ชนิด ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้

- ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI)

- ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (intermediate acting insulin, NPH)

- อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน

---

[๑๐๙]บุษบา จินดาวิจักษณ์, **ยารักษาโรคเบาหวาน-ใช้อย่างไร**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/27/ [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

[๑๑๐]วรรณี นิธิยานันท์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๗**, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗), หน้า ๓๗-๓๘.

- อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน และเพิ่มเติมกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน

นอกจากนี้ยังมีอินซูลินผสมสำเร็จรูป (premixed insulin) เพื่อสะดวกในการใช้ ได้แก่ ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้นผสมกับฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง และอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็วผสมกับอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์นานปานกลาง ข้อจำกัดของอินซูลินผสมสำเร็จรูปคือ ไม่สามารถเพิ่มขนาดอินซูลินเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้ เมื่อปรับเปลี่ยนปริมาณที่ฉีด สัดส่วนของอินซูลินทั้งสองชนิดจะคงที่อินซูลินที่จำหน่ายมีความเข้มข้นของอินซูลิน ๑๐๐ ยูนิตต่อมิลลิลิตร

(๓) ยาฉีด GLP-1 Analog

เป็นยากลุ่มใหม่ที่สังเคราะห์ขึ้นเลียนแบบ GLP-1 เพื่อทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น การหลั่งอินซูลินและยับยั้งการหลั่งกลูคากอน นอกจากนี้ ยังมีผลลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารทำให้อิ่มเร็วขึ้น และลดความอยากอาหารโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ความอยากอาหารที่ไฮโปธาลามัสยาในกลุ่มนี้ได้แก่ exenatide, liraglutide

สามารถสรุปได้ว่า ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานประกอบ ยารับประทาน และยาฉีดอินสุลิน ซึ่งการใช้ยาจะต้องให้เหมาสมกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ต้องฉีดอินซูลินเป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาโดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรกซึ่งอาจเป็นยากินหรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่สิ่งที่มีส่วนสำคัญในการรักษาคือผู้ป่วยจะต้องมีวินัยในการใช้ยาเคร่งครัด

๒) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีหลายกลุ่ม ออกฤทธิ์ต่างๆ กันไป เช่น ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ยาชะลอการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ยาขยายหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดกว้างขึ้น เลือดจึงไหลได้ดีขึ้นและมีแรงดันน้อยลง จากยากลุ่มต่างๆ นี้ แพทย์จะเลือกยาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย มีข้อที่ควรทราบ คือ ยาขับปัสสาวะทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติ เพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ขับน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง[๑๑๑]

---

[๑๑๑]บุษบา จินดาวิจักษณ์, **ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง...ใช้อย่างไร**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/ [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

ภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่มีการเฝ้าระวังและปล่อยให้เกิดความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ อัมพาตจากสมองขาดเลือด ไตเสื่อม เป็นต้น ซึ่งโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้สามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดช้าลงได้ โดยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลายชนิด และมีกลไกในการลดความดันโลหิตแตกต่างกัน การคัดเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมีความสำคัญมากเท่ากับการติดตามผลการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้นข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละกลุ่ม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาประกอบการพิจารณาเลือกยาแต่ละชนิด[๑๑๒] การจำแนกประเภทยาลดความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(1) ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) แบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

-Thiazide diuretics ได้แก่ hydrochlorothiazide

Thiazide diuretics แนะนำให้ใช้เป็นยาอันดับแรกที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงหากไม่มีข้อห้ามใช้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่ายากลุ่มอื่นในการลดอัตราการตายหรือการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง การให้ยาขับปัสสาวะควรให้ในขนาดต่ำ โดยมีหลักฐานทางคลินิกพบว่าการให้ยา HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ดี และหากให้ยาร่วมกับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ควรให้ยาเพียง ๖.๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน โดยการให้ยาขนาดสูงกว่า ๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน อาจเพิ่มอาการข้างเคียงจากยาได้ ยานี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา

-Loop’s diuretics ได้แก่ furosemideLoop diuretic มักใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง (GFR < 30ml/min) ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง เพื่อยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมบริเวณ ascending limb ของ henle’s loop ผลข้างเคียงคล้ายกับกลุ่ม thiazides แต่มีผลข้างเคียงต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดน้อยกว่า และมีผลข้างเคียงทำให้เกิดพิษต่อหู (ototoxicity) โดยเฉพาะเมื่อให้ยาในขนาดที่สูงเกินไป

-Potassium sparing diuretics ได้แก่ amiloride, spironolactone ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้น้อยเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว มักให้ร่วมกับthiazide diuretics หรือ loop’s diuretics เพื่อลดการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

(๒) ยากลุ่ม beta-blockers ยากลุ่มนี้มีประโยชน์ทางการแพทย์หลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้รักษาโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด, โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการให้ยา beta-blockers ในการรักษาความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจบางชนิดร่วมด้วย

---

[๑๑๒]ดูรายละเอียดในพรทิพย์ ชูจอหอ, “ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, ใน **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕), หน้า ๙๓-๑๐๒.

(๓) Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ยากลุ่ม ACEI เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการลดความดันโลหิต และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโตตลอดจนมีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไต จึงสามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะโรคไตร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต

นอกยาในกลุ่มที่ในนำเสนอในเบื้องต้นยังกลุ่มยาที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความคุ้มค่าที่แตกต่างกันจึงจำเป็นต้องการใช้อย่างระมัดระวังเพื่อให้มีการดูแลที่เหมาะสมกับการดูแลรักษา ดังที่คณะกรรมการสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย นำเสนอไว้ว่า

> ความคุ้มค่าของการรักษาความดันโลหิตสูงคือค่ายา ที่ใช้ในการรักษาและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยขณะเริ่มทำการรักษา เนื่องจากประเทศไทยยังเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา และมีความจำกัดในเรื่องของทรัพยากรแพทย์จึงควรที่จะใช้ยาด้วยความระมัดระวัง สำหรับในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความคันโลหิตสูงมาก และจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการควบคุมความคันโลหิตด้วยยาผสมหลายขนาน ยาบางขนานที่มีราคาแพงก็อาจมีความคุ้มค่า แต่ในรายที่มีความเสี่ยงน้อย การให้ยาลดความคันโลหิตที่มีราคาแพงก็อาจไม่คุ้มค่า[๑๑๓]

สามารถสรุปได้ว่า ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีหลาย เนื่องจากการความดันโลหิตสูงจะมีผลข้างเคียงมาจากการทำงานที่ผิดปกติของโรคร่างกาย และผลข้างเคียงที่มีผลมาจาการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคไต เป็นต้น ซึ่งการใช้ยาของแพทย์จึงมีความระมัดระวังอย่างมากในใช้ยาในแต่ละชนิดเพื่อให้เกิดผลที่คุ้มค่ากับการรักษาให้มากที่สุด

๓) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด (silent myocardial ischemia or silent myocardial infarction) ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปี เช่น จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการเจ็บเค้นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) อาการนำที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มีดังนี้

(๑) กลุ่มอาการเจ็บเค้นอก

---

[๑๑๓]สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **คู่มือแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๑**, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๒), หน้า ๓๕

(๒) เหนื่อยง่ายขณะออกแรง

(๓) กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

(๔) อาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน

(๕) อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

ทั้งนี้เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ ๕๐ หรือ มากกว่า ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

(๑) ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือดในปัจจุบันมี ๒ กลุ่ม คือ กลุ่ม fibrin non-specific agents เช่น Streptokinase และ กลุ่ม fibrin specific agents เช่น Alteplase (tPA), Tenecteplase (TNK-tPA) ยากลุ่มหลังมีข้อดีกว่า คือ ไม่ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านฤทธิ์ยาทำให้ใช้ซ้ำได้ ระหว่างที่ให้ยาไม่ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงอันเป็นผลข้างเคียงของยา และมีโอกาสเปิดเส้นเลือดที่อุดตันสำเร็จได้ในอัตราที่สูงกว่า[๑๑๔]

(๒) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet drug) จัดอยู่ในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด/ยาต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือด คือ ยาที่ใช้รักษาโรคหรือภาวะผิดปกติต่างๆ เพื่อให้เลือดแข็งตัวได้ช้าลง หรือให้เลือดไม่เกิดการจับตัวกันจนเกิดเป็นก้อนหรือเป็นลิ่มเลือด ยาต้านเกล็ดเลือดเป็นยาที่ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) ที่ก่อให้เกิดเป็นลิ่มเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ขาดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยง[๑๑๕] ยาต้านเกล็ดเลือดจึงเป็นยาหลักในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ (coronary artery disease) รวมทั้งโรคของหลอดเลือดแดงอื่นๆ เช่น หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (cerebral and peripheral vascular disease)[๑๑๖]

ยาที่ใช้ในรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหัวใจขาดเลือด ที่นิยมใช้ในรักษา ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

---

[๑๑๔] ดูรายละเอียดในสุรพันธ์ สิทธิสุข และ ฆนัท ครุธกูล บรรณาธิการ, **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๗), หน้า ๒๕-๓๐.

[๑๑๕] พรลภัส บุญสอน, **ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug)**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://haamor.com/th/ยาต้านเกล็ดเลือด/#article101 [๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗].

[๑๑๖] นพดล ชำนาญผล, “การจัดการยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจและต้องได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรมและการผ่าตัด”, **สงขลานครินทร์เวชสาร**, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๔) : ๗๘.

๑) ยาแอสไพริน (Aspirin ASA) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention)

๒) Thienopyridine ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ไม่สามารถให้ยา ASA ได้ (ใช้แทน ASA) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดถ่างหลอดเลือดหัวใจ(coronary stents) โดยให้ร่วมกับ ASA นาน ๑-๑๒ เดือน ขึ้นกับชนิดขดลวดถ่างหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ และผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มความเสี่ยงสูง และปานกลาง โดยให้ร่วมกับ ASA นาน ๑๒ เดือน

๓) Non-thienopyridine P2Y12 receptor antagonist ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้ร่วมกับ ASA เป็นเวลา ๑๒ เดือน

๔) Factor Xainhibitor ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีแผนจะทำ PCI โดยให้เป็นเวลา ๕-๘ วัน และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่ได้รับ reperfusion therapy

๕) Fibrinolytic Agents ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST elevation ภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ

๖) Heparin (UFH) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Warfarin ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด systemic emboli โดยให้ร่วมกับ ASA

๗) Nitrates ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ยังมีอาการเจ็บเค้นอก (ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก) หรือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด ที่ต้องการควบคุมลดความดันเลือด และรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว[๑๑๗]

นอกจากยาที่ได้นำเสนอในเบื้องต้นนั้น ยังมียาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากยาบางชนิดจำเป็นต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมของผู้ป่วย และคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นในการใช้ยา หรือการแพ้ยา เช่น ผู้ป่วยที่แพ้ยาแอสไพริน (ASA) เป็นต้น

๔) การใช้ยาในการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๓ ในประชากรไทย (๒๐.๖ รายต่อประชากรหนึ่งแสน) และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้

---

[๑๑๗]ดูรายละเอียดในสุรพันธ์ สิทธิสุข และ ฆนัท ครุธกูล บรรณาธิการ, **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗**, หน้า ๖๑-๖๗.

ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ ๒ ทั้งในชายและหญิง[๑๑๘]

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีอยู่ด้วยกัน ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

(๑) ยากลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Aspirin (ASA) และ Clopidogral ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

(๒) ยากลุ่ม Anticoagulants เช่น Warfarin และ Heparin ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

(๓) ยากลุ่ม Thrombolytic agents หรือ Fibrinolysis agents ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการรักษาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ซึ่งจะรักษาได้ผลดีหากอาการของโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke เกิดขึ้นภายใน ๓ ชั่วโมงแรกนับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการ แต่ไม่เหมาะกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก เนื่องจากอาจทำให้มีภาวะเลือดออกมากขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย[๑๑๙]

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่เมื่อเริ่มเป็นแล้วมักไม่หายขาด จะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นอันตรายรุนแรงได้ ระยะเวลาของการใช้ยาแบ่งได้เป็น ๓ แบบคือ

๑) การใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยาที่ใช้ควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ยาออกฤทธิ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และสามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคดังกล่าวได้อยู่ตลอดเวลา เพื่อไม่ให้ระดับความรุนแรงของโรคลุกลามมากขึ้น อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ จึงเป็นการใช้ยาเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคเรื้อรัง จะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาด้วยตัวเองหรือหยุดยาเมื่ออาการทุเลาลงแล้ว หรือไม่มีอาการแล้วก็ตาม (ยกเว้นกรณีที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรง จะต้องปรึกษาแพทย์ทันที)

๒) การใช้ยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาระบาย ฯลฯ ยาเหล่านี้เป็นยาที่ใช้รักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ เมื่อใดที่อาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดยาได้ เมื่อใดที่เริ่มมีอาการอีกจึงจะต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

---

[๑๑๘]ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และอื่นๆ, **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์**, สวิง ปันจัยสีห์ นครชัย เผื่อนปฐม และ กุลพัฒน์ วีรสาร บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑.

[๑๑๙]สิริรัตน์ ลีลาจรัส และ จริยา วิรุฬราช, “โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย”, **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๓-๘๔.

๓) การใช้ยาติดต่อกันจนหมด ยาเหล่านี้มักจะมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค ใช้รักษาโรคติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา หรือ ไวรัส ฯลฯ ซึ่งควรใช้ติดต่อกันจนหมดตามจำนวนที่แพทย์สั่ง เมื่อครบแล้วก็ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ต่อไปอีก เพราะยาเหล่านี้จะมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค เมื่อเชื้อหมดแล้ว ก็ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยานี้อีก[๑๒๐]

สามารถสรุปได้ว่า การใช้ยาในการรักษาโรคนั้นเป็นเพียงการยับยั้ง หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ทุเลาลง ซึ่งในบางกรณีต้องใช้ยาหลายอย่างเพื่อควบคุมการกำเริบของโรค แต่สิ่งที่สำคัญต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้เนื่องจากยาหลายอย่างมีผลข้างเคียง จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษา นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการใช้ยา ซึ่งในผู้ป่ายบางรายจะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องในการรักษา ทั้งนี้อาจจะใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลจะต้องเอาใจใส่ต่อการดูแลรักษา เพื่อการมีชีวิตที่ยาวนานต่อไป

๒.๕.๒ การใช้แพทย์ทางเลือก

องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติมีการค้นพบ ว่าโรคชนิดต่างๆ ของมนุษย์ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อเจ็บปวด โรคประสาท และโรคข้อกระดูก หากรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด จะไม่สามารถทำให้อาการหายโดยสิ้นเชิง จึงตั้งหัวข้อการวิจัยเพื่อรวบรวมและคัดเลือกวิธีการรักษาที่ดี ซึ่งก็ได้พบวิธีประเภทที่ไม่อาศัยการทานยา แล้วก็ตั้งชื่อให้การแพทย์ชนิดนี้ว่า การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์อื่นๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด การจำแนกการแพทย์แพทย์ทางเลือกนั้น จำแนกได้หลายแบบ วิธีแรกจำแนกตามการนำไปใช้มีดังนี้

๑) การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แพทย์แผนปัจจุบัน

๒) การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก หน่วยงานของ National Center of Complementary And Alternative Medicine (NCCAM) ของสหรัฐอเมริกา ในปี ๒๐๐๕ ได้จำแนกออกเป็น ๕ กลุ่มดังนี้

๑) การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษาวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่างๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน การแพทย์แบบอายุรเวช ของอินเดีย เป็นต้น

๒) วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง เป็นต้น

---

[๑๒๐] วิรัตน์ ทองรอด, “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยา”, **หมอชาวบ้าน** ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๓๔๒ (ตุลาคม ๒๕๕๐) : ๑๐.

๓) วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่างๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน หรือแม้กระทั้งอาหารสุขภาพ เป็นต้น

๔) วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก เป็นต้น

๕) วิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษา ที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิ โยเร เป็นต้น[๑๒๑]

ขอบเขตของการแพทย์ทางเลือก คือ วิธีรักษาโรคที่ไม่อาศัยการรับประทานยา การผ่าตัดหรือ วิธีอื่นๆ ที่ใช้ในการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถบรรเทาอาการและรักษาโรคให้หายได้ ประโยชน์ที่การแพทย์ทางเลือกสร้างขึ้นให้แก่โลกมนุษย์ ก็คือได้เสนอวิธีการรักษาที่ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นวิธีที่รักษาด้วยพลังผสมหลายชนิดและอาศัยปฏิกิริยาของอวัยวะร่างกาย เซลล์ ตลอดจนกระทั่งยีนของมนุษย์ โดยสร้างการรักษาดังกล่าวไว้อยู่บนพื้นฐานของเครื่องอุปกรณ์ที่มีความละเอียดอ่อน การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการควบคุมไม่ให้เชื้อโรคเกิดการกระจายและเปลี่ยนแปลงทางเคมี จนกว่าการทำงานของอวัยวะร่างกายคืนสู่สภาพเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการได้แสดงถึงความจำเป็นของการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

๑) พัฒนาการของเทคโนโลยีอุสาหกรรมและเกษตรกรรม ก่อให้เกิดมลภาวะ เป็นเหตุให้ร่างกายของเราเจ็บป่วย แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ยากที่จะรักษาหายได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน หากไม่มีการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษาควบคู่กันไป

๒) ความเครียดในการทำงานหรือการแข่งขันในสังคม ทำให้มีอาการต่างๆ ที่การแพทย์ทั่วไปไม่สามารถสังเกตเห็นหรือไม่สามารถรักษาได้ แต่การแพทย์ทางเลือกกลับมีบทบาทสำคัญในกรณีดังกล่าว

๓) ยาทุกชนิด ยาแผนปัจจุบันของโลกตะวันตก เมื่อใช้รักษาเป็นเวลานานก็จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียง

๔) สำหรับโรคเรื้อรัง การรักษาด้วยยาบางทีก็แค่เพื่อยืดเวลาชีวิตหรือผ่อนคลายความเจ็บปวดอย่างชั่วคราวเท่านั้น โดยเชิงลึกแล้วอาจจะเป็นการให้เวลาเชื้อโรคในการระบาดอย่างช้าๆ แต่ไม่อาจจะรักษาโรคได้จากต้นเหตุเลย (อย่างเช่นโรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคนอนไม่หลับ โรคหายใจเฉียบพลัน และอาการปวดหัว เป็นต้น) และการใช้เป็นเวลานานยังทำให้เกิดดื้อยา ในแง่นี้การแพทย์ทางเลือกก็จะมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๕) การแพทย์ทางเลือกไม่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญมารักษา และไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

---

[๑๒๑] เทวัญ ธานีรัตน์, “การแพทย์ทางเลือกคืออะไร”, **วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก**, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๑) : ๗-๘.

๖) การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกสามารถแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้

๗) หากรักษาได้โดยไม่ต้องอาศัยการทานยาหรือฉีดยา ก็จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด

๘) การรักษาด้วยตัวเองเป็นข้อได้เปรียบอีกข้อหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก เพราะผู้ป่วยเองจะมีโอกาสทำความเข้าใจกับต้นสายปลายเหตุของโรคโดยตรง รับรู้สถานการณ์ของการรักษา และสามารถปรับปรุงการรักษาจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งดีกว่าและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาด้วยคนอื่น[๑๒๒]

สรุปได้ว่า การใช้แพทย์ทางเลือกเป็นกระบวนการหนึ่งที่นำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษา ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังจะมีการกำเริบของโรคอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการรักษามีระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย และผู้ที่ต้องดูแล ทั้งนี้การใช้แพทย์ทางเลือกจะเป็นกระบวนหนึ่งที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้แนวทางการดูแลตนเองอย่างมีประสบการณ์ตรง

๒.๕.๓ การควบคุมอาหาร

อาหาร คือ สิ่งที่บริโภคเช้าไปแล้วให้ประโยชน์แก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ทำให้การสารอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายในด้านต่างๆ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่และ น้ำ อาหารเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิต การได้รับอาหารที่คุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง แต่ถ้าหากรับประทานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ (Under-Nutrition) ขาดสารอาหารเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ทำให้การเจริญของร่างกายผิดปกติ เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ง่าย[๑๒๓] อาหารจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย รวมทั้งพัฒนาการทางสมองและสติปัญญา ป้องกันโรค มีผลต่อสุขภาพจิตและความมั่นคงทางอารมณ์[๑๒๔]

การรับประทานอาหารนอกจากจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทำให้เรารู้สึกอิ่มและมีพลังในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพระยะยาวของเราด้วย อาหารหวาน-มัน-เค็ม ส่งผลร้ายต่อสุขภาพโดยเฉพาะถ้ากินปริมาณมากอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล

---

[๑๒๒]SOQI, **การแพทย์ทางเลือก**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://www.chi-exercise.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538604571 [๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗].

[๑๒๓]ปรรัตน์ ศุภมิตรโยธิน, **อาหารและโภชนาการ**, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖), หน้า ๒.

[๑๒๔]อัจฉรา ดลวิทยาคุณ, **พื้นฐานโภชนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖), หน้า ๘.

คนไทยกินอาหารรสหวานมากขึ้น สังเกตได้จากอาหารที่ขายเกือบทุกชนิดในปัจจุบันที่มีรสหวานมากขึ้น แม้แต่อาหารคาวที่ขายทั่วไปจำพวกแกงเผ็ด ผัดพริกต่างๆ ก็ยังมีการเติมน้ำตาลจนรสชาติออกหวานต่างจากอดีตที่อาหารคาวอร่อยจากความเผ็ดและเครื่องเทศที่ใช้ ยังมีก๋วยเตี๋ยวที่เป็นอาหารยอดนิยมอีกอย่าง สิ่งที่เรามักเห็นจนคุ้นตาคือการเติมน้ำตาลในชามก๋วยเตี๋ยวโดยไม่ต้องชิมรสในปริมาณมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน ข้อมูลจากศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทรายระบุว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยเพิ่มจาก ๑๒.๗ กิโลกรัม/คน/ปี เมื่อ พ.ศ.๒๕๒๖ เป็น ๓๐.๕ กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ.๒๕๔๖ ปัจจุบันปริมาณการบริโภคน้ำตาลอาจสูงมากกว่านี้ ข้อมูลดังกล่าวนำมาคำนวณให้เห็นภาพชัดขึ้นได้ดังนี้ การบริโภคน้ำตาล ๓๐.๕ กิโลกรัมต่อปี เท่ากับการบริโภคน้ำตาลวันละ ๘๓.๖ กรัม หรือประมาณ ๑๖.๗ ช้อนชา ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำที่ให้ผู้ใหญ่กินน้ำตาลได้ไม่เกินวันละ ๖ ช้อนชาต่อวันถึงเกือบ ๓ เท่า การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อ้วนง่ายขึ้นและทำให้น้ำตาลไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดนานกว่าปกติ ส่งผลให้เซลล์ผนังหลอดเลือดถูกทำลายได้ง่ายขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น[๑๒๕]

หัวใจสำคัญของการควบคุมเบาหวาน คือ การรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกายไม่มากหรือน้อยเกินไป การรับประทานมากเกินไปจะทำให้น้ำตาลขึ้นสูงหรือ ขึ้นเร็วเกินไป ในขณะเดียวกันถ้ารับประทานน้อยเกินไปอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปจนเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนเป็นเบาหวานที่มีการฉีดอินซูลิน ที่จริงแล้วหลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานก็ไม่แตกต่างจากหลักการรับประทานเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีของคนทั่วไป คือการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่ให้ถูกสัดส่วน ปริมาณพอเหมาะ และมีความหลากหลาย สามารถอธิบายได้ดังนี้

๑) อาหารประเภทแป้ง คนเป็นเบาหวานควรเลือกกินข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือแป้งที่ไม่ขัดสีมากกว่าข้าวขาว เพราะร่างกายย่อยและดูดซึมได้ช้ากว่า ระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่ขึ้นสูงเร็ว ที่สำคัญต้องระวังปริมาณที่รับประทานอย่าให้มากเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรเกินมื้อละ ๒-๓ ทัพพี ยกเว้นในคนที่ทำงานหนักต้องใช้แรงมาก หรือเล่นกีฬาอาจต้องการมากขึ้น

๒) อาหารประเภทผัก คนเป็นเบาหวานควรเน้นการกินผักให้มากขึ้น ผักส่วนใหญ่มีใยอาหารสูงจึงช่วยให้กระบวนการย่อยและการดูดซึมเกิดขึ้นช้าๆ ร่างกายดูดซึมน้ำตาลไปใช้ได้ดีขึ้น จึงไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้อาหารที่มีใยอาหารสูงทำให้อิ่มท้อง กินอาหารได้น้อยลง จึงช่วยในการลดน้ำหนัก ส่งผลให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้น จึงช่วยลดความรุนแรงของโรคเบาหวานลงได้โดยปกติควร กินผักต่างๆ ให้ได้อย่างน้อยวันละ ๕-๖ ทัพพี ถ้าเป็นผักสดลวก หรือต้ม จะดีกว่าการนำผักไปผัดหรือทอดเพราะอาจทำให้ได้ไขมันมากเกินไป

---

[๑๒๕]ดูรายละเอียดในวันทนีย์ เกรียงสินยศ, “หยุดหวาน-มัน-เค็ม หยุดยั้งโรคเรื้อรัง”, **หมอชาวบ้าน**, ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๓๙๓ (มกราคม ๒๕๕๕) : ๑๐-๑๘.

๓) อาหารประเภทไขมัน คนเป็นเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ และระวังไม่ใช้น้ำมันในการประกอบอาหารมากเกินไป การลดอาหารไขมันจะช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้อินซูลินทำงานดีขึ้น จึงควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังควรลดอาหารเค็มเพื่อป้องกันความดันเลือดสูงและไตเสื่อม และหลีกเลี่ยงการกินขนมหวานหรือการใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารโดยไม่จำเป็น ถ้าอยากกินขนมหวานควรลดข้าวในมื้อนั้นลง และอาหารประเภทผักให้มาก หรืออาจใช้น้ำตาลเทียมแทนก็ได้ ปริมาณอาหารที่รับประทานมีส่วนสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันอย่างมาก ฉะนั้นควรกินแต่พออิ่ม และหมั่นชั่งน้ำหนักตัวเป็นระยะ ระวังไม่ให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแสดงว่ากินมากเกิน หรือกินไม่ถูกสัดส่วน ควรลดปริมาณอาหารที่กินลงอีก แต่ถ้าเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินอยู่แล้ว การที่น้ำหนักค่อยๆ ลดลงและเรารู้สึกสบายดีก็ถือว่าปริมาณอาหารที่กินนั้นเหมาะสม ถ้าไม่แน่ใจว่ากินได้ถูกต้องคนเป็นเบาหวาน อาจปรึกษานักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ เพื่อเรียนรู้ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม

การรับประทานอาหารเป็นเวลาเป็นเรื่องสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ คนเป็นเบาหวานจึงควรกินอาหารวันละ ๓ มื้อ (ยกเว้นผู้เป็นเบาหวานที่ ฉีดอินซูลินอาจต้องกินอาหารว่างตอนบ่าย หรือก่อนนอนด้วย) หลีกเลี่ยงการกินจุบจิบ หรือการงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง[๑๒๖]

สรุปได้ว่า การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องมีสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณ และคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพความต้องการ ทางร่างกายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีการสูญเสียพลังงาน และร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ทั้งนี้ สาเหตุอาจเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ในขณะที่เจ็บป่วย นอกนี้ผู้ป่วยจะต้องมีวินัยในการบริโภคอาหาร จำเป็นจะต้องเลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายของตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะต้องระมัดระวังการบริโภคอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นอาหารที่ควรงดเว้นในการรับประทาน ควรเลือกรับประทานในปริมาณที่เหมาสม เพราะถ้าเกิดการควบคุมปริมาณไม่ได้จะส่งผลที่สุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานถ้าควบคุมปริมาณน้ำตาลไม่ได้ มีปริมาณน้ำตาลในร่างการเกินกำหนด จะส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะอื่นๆ มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะไตวายได้ในที่สุด

๒.๖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน

---

[๑๒๖]วันทนีย์ เกรียงสินยศ, “กินอย่างไร เมื่อเป็นโรคเบาหวาน”, **หมอชาวบ้าน**, ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๑๖ (สิงหาคม ๒๕๔๘) : ๔๘-๕๐.

สถานการณ์โรคเรื้อรังและความชุกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และภายใต้การเพิ่มขึ้นพบว่ามีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และอีกครึ่งหนึ่งยังอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งที่ได้รับการคัดกรองแล้วและยังไม่คัดกรอง กลุ่มยังไม่ขึ้นทะเบียนการเข้าถึงบริการ เป็นต้น จากสถานการณ์ในเบื้องต้นจึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีสมรรถภาพที่ดี ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดต่อไป ดังนี้

๒.๖.๑ การพัฒนาระบบการให้การบริการ

ธรรมชาติของโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลง ไม่หยุดนิ่ง และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ วิธีจัดการดูแลโรคเรื้อรังจึงต้องเปลี่ยนแปลงไปตามเส้นทางความก้าวหน้าของโรค การจัดการดูแลจึงจำเป็นต้องสร้างวิธีการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของโรคเรื้อรังที่เป็นพลวัตร รวมทั้งบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การจัดการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลและบริบทของสังคมมีความสำคัญกับประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่าง นักวิชาการ นักปฏิบัติการ และประชาชน ผู้ใช้บริการร่วมกันออกแบบจัดระบบการดูแลใน รูปแบบต่างๆ ทีมีลักษณะสอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่าย ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามเป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[๑๒๗] ที่ประสบกับปัญหาในด้านที่แตกต่างกันไป ตามลักษณะของการดำเนินชีวิตประจำวันรอบตัวของกลุ่มบุคคล[๑๒๘] จากเหตุผลในเบื้องต้น ผู้รับผิดชอบในนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจึงได้วางกรอบและแนวทางในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑) สถานการณ์ระดับปฐมภูมิ : เน้นสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป กิจกรรมเน้นให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักและการปฏิบัติที่ละเว้นปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ความเครียด อาหาร

๒) ระดับทุติยภูมิ : เป้าหมายเน้นรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-management support) ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยาในโรงพยาบาล ซึ่งมีปัญหาความต่อเนื่องบ้าง เริ่มมีการกระจายไปที่หน่วยใกล้บ้าน ให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกัน ไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองก็น้อยลง

---

[๑๒๗]ศิริอร สินธุ, “แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”, ใน **บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**, ศิริอร สินธุ และ สุพัตรา บัวทีบรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๕๓) : ๑.

[๑๒๘]จันทร์จารี เกตุมาโร, **อาชีวอนามัย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๖), หน้า ๑๓.

๓) ระดับตติยภูมิ : เป้าหมายเน้นรักษาโรคร้าย ประคับประคองเพื่อลดอันตรายและความพิการ ปัจจุบันพบว่า เน้นการจ่ายยามากการตรวจเลือด ตรวจคัดกรองความแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุม

เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องมีองค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับ อันได้แก่ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อจัดการให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างดีและมีความสุข ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางการแพทย์ เข้ามาเป็นส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายสังคมที่พระมหาสุทิตย์ อาภากโร (อบอุ่น) ได้นำเสนอว่า

> เครือข่ายทางสังคม คือ มิติคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ซึ่งแสดงความสัมพันธ์เชิงระบบที่อธิบายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม มิติแห่งการประสานความร่วมมือ เช่น การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานผลประโยชน์ ความไว้วางใจความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ให้สมาชิกและกลุ่มต่าง ๆ มีความผูกพันต่อกันในเสริมพลังในการแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน[๑๒๙]

สุขภาพนั้นเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ขณะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยรุนแรง ในบางรายมีภาวะผิดปกติที่เรื้อรังไม่หายขาด กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บางภาวะไม่มีอาการผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ บางภาวะมีอาการขึ้นลงตามระยะการป่วย อย่างไรก็ตามแม้จะมีสภาพของโรคหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ทั้งนี้ จุดต่างของหลักการดูแลโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันคือ การเน้นมิติงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ภาคส่วนสำคัญ ๓ ส่วน คือ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เป็นเป้าประสงค์ของการจัดคลินิกบริการอยู่ที่การให้โอกาสผู้ป่วย ครอบครัวได้ร่วมประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการโรค รวมทั้งเรื่องอื่นๆ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามจากการประเมินสถานการณ์ประชากรเป้าหมายในพื้นที่ที่หน่วยบริการรับผิดชอบจำเป็นต้องเห็นขนาดของปัญหาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อย กำหนดผลลัพธ์และแนวทางการทำงานให้ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังตารางที่ ๒.๒

---

[๑๒๙]ดูรายละเอียดใน พระมหาสุทิตย์ อาภากโร (อบอุ่น), **เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ**, ปาริชาติ วลัยเสถียร บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘), หน้า ๔๕-๔๖.

ตารางที่ ๒.๒ แสดงการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด[๑๓๐]

กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	แนวทางการทำงาน
กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย	-เพิ่มสมรรถนะของร่างกายให้แข็งแรง -ปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง -ปรับปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยง ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม	บูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การรณรงค์และความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน
กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง (น้ำหนักเกิน ประวัติพันธุกรรม มีพฤติกรรมเสี่ยง)	ปรับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะเสี่ยง	เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง มีกระบวนการให้ความรู้ข้อมูลและสนับสนุนให้เกิดการปรับพฤติกรรมตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง
กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างเป็นองค์รวม (กาย จิตใจ สังคม ปัญญา) ทันเวลา ต่อเนื่อง เฝ้าระวังและลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน -ผู้ป่วยสามารถปรับชีวิตประจำวันได้เหมาะสม	ค้นหาผู้ป่วยและให้การดูแลได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก ดูแลให้การรักษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานและติดตามต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ความรู้เสริมทักษะผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค
กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีความสุข	ดูแลรักษาโรคแลภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค ฟื้นฟูทางกายและใจในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

จากตารางที่ ๒.๓ สามารถสรุปได้ว่า ในการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนประกอบด้วย ๑) กลุ่มประชากรปกติที่ยังไม่ป่วย ๒) กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ๓) กลุ่มผู้ป่วยในระยะแรกและระยะที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ ๔) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จะต้องมี

[๑๓๐]สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**, (นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๓๖-๓๗.

การบูรณาการร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแล รณรงค์ให้ความรู้กับผู้ที่ยังไม่ป่วย ในส่วนที่ป่วยแล้วจะต้องได้รับการแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันอาการลุกลามของโรค หรือการกำเริบของโรค ทั้งนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคคลรอบข้างตลอดถึงทีมสหวิชาชีพ จึงต้องรู้ถึงประวัติการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในการดูแลของตน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

๒.๖.๒ การส่งเสริมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย[๑๓๑] การสนับสนุนการดูแลตนเองจึงหมายถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการวางแผนร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๑๓๒] การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนและการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนไปจนถึง ระบบสุขภาพพื้นฐานที่ให้บริการโดยองค์กรสุขภาพต่าง ๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า แนวคิดใหม่เรื่องสุขภาพเป็นการผสมผสานการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐานของระบบการแพทย์แผนตะวันตก เข้ากับแนวคิดเรื่องการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมของการแพทย์ทางเลือก และการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และชุมชนใน ๒ ลักษณะ ได้แก่

๑) การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ ซึ่งประกอบด้วยการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และ การป้องกันโรคซึ่งมี ๓ ลักษณะ ได้แก่

(๑) การป้องกันโรคเบื้องต้น

(๒) การป้องกันความรุนแรงของโรค

(๓) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

---

[๑๓๑]สมจิต หนุเจริญกุล, **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**, พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง, ๒๕๓๗), หน้า ๘.

[๑๓๒]อัมพรพรรณ ธีรานุตรและคณะ, “การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง”, **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๒) : ๓.

๒) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ ๔ ระดับ ได้แก่

(๑) การดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล

(๒) การดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

(๓) การดูแล สุขภาพโดยเครือข่ายทางสังคม

(๔) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้บุคคลสามารถกลับไปมีชีวิตที่มีความสุขเช่นเดิมในทุกมิติ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเท่านั้น นอกจากนี้ การมีสุขภาพดีของบุคคลยังมีองค์ประกอบมากมาย หลายระดับตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคมและมีบุคคล องค์กร ตลอดจนชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องในหลากหลายมิติเพื่อให้บุคคลสามารถกลับไปมีชีวิตที่มีความสุขเช่นเดิมในทุกมิติ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเท่านั้น นอกจากนี้การมีสุขภาพดีของบุคคลยังมีองค์ประกอบมากมาย หลายระดับตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคม[๑๓๓]

สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองทั้งในขณะที่ร่างกายมีความปกติไม่มีโรคเบียดเบียน และ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการคุกคามของโรคจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันในกลุ่มบุคคลที่ยังไม่เจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในการดูแลรักษาตนเองไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดเจ็บป่วย และเมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจะต้องรู้จักการดูแลตนเอง เอาใจใส่ต่อการรักษา เพื่อควบคุมการกำเริบของโรค จนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

๒.๖.๓ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลครอบครัว และชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดี จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมเทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทำให้ชีวิตของคนไทยมีความเสี่ยงต่อภัยทางสุขภาพ การติดเชื้อโรค และภัยอันตรายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

๑) การรับประทานอาหารไม่สะอาด ไม่ล้างมือ ทำให้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร

๒) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการออกกำลังกายน้อย ทำให้เป็นโรคอ้วน มีโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

๓) การรับประทานอาหารที่มีสารปนเปื้อน สูบบุหรี่ และ ดื่มสุรา

---

[๑๓๓]ดูรายละเอียดในพัชรินทร์ สิรสุนทร, **แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค และการประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคม**, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖), หน้า ๗๗๙-๗๘๑.

๔) ความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ ทำให้คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิต

การเจ็บป่วย และการเกิดปัญหาสุขภาพจะน้อยลง หากทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การละเลยในการปฏิบัติสุขบัญญัติข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึง เรามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งอาจจะเล็กน้อยหรือรุนแรง หรือเริ่มต้นด้วยการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่อาจนำ หรือเป็นบ่อเกิดของโรคแทรกซ้อนที่มีอันตรายร้ายแรงตามมาในภายหลัง ทั้งนี้การพัฒนาพฤติกรรมให้ได้ผลดีขึ้นอยู่กับปัจจัย ๓ กลุ่มคือ[๑๓๔]

กลุ่ม ๑ ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่เพียงใด ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม รวมไปถึงคุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

กลุ่ม ๒ ปัจจัยเอื้อ เป็นกลุ่มปัจจัยเอื้อที่จำเป็นต้องมีและเหมาะสมจึงจะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ ความสะดวกความเพียงพอ เหมาะสม ระยะทางใกล้/ไกล ในการไปใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่ม ๓ ปัจจัยเสริม เป็นกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลรอบข้างซึ่งอาจสนับสนุนจูงใจและขัดขวางการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ สำหรับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งหน้าที่และมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต อุปสรรคสำคัญของการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกลในเขตชนบท คือ การขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ และทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพ การใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการจัดการบริการที่อาศัยการจัดการบริการในลักษณะผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นแนวทางที่น่าจะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีอิสระ และจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการนำเสนอของสุพัตรา บัวที ว่า “การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นเครือข่ายในการดูแลโรคเรื้อรังเป็นวิธีการที่จะทำให้ทรัพยากรในการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง”[๑๓๕]

สรุปได้ว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ เช่น การให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากจากปัญหาต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ทัศนคติ หรือค่านิยมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม ตลอดจนสามารถรู้เท่าทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

---

[๑๓๔]กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โอวิทย์, ๒๕๕๒), หน้า ๑-๖.

[๑๓๕]สุพัตรา บัวที, “การสร้างพลังอำนาจกับการจัดการโรคเรื้อรังในเขตชนบท”, **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๘๕.

๒.๖.๔ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง

สุขบัญญัติเป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจาก “กติกาอนามัย” ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๗๕ และมีการปรับปรุงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพดี และลดความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายต่อสุขภาพ จึงต้องใส่ใจและปฏิบัติสุขบัญญัติ ๑๐ ประการ[๑๓๖] ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด การรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าและของใช้เป็นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่สำคัญ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่ติดมาในชีวิตประจำวันเข้าสู่ร่างกายซึ่งจะทำให้เจ็บป่วยได้

๒) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ฟันทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการออกเสียง หากเราดูแลฟันไม่ดี อาจส่งผลทำให้ระบบย่อยอาหารไม่ดี ทำให้เสียสุขภาพได้

๓) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย การล้างมือบ่อยๆ สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้ เช่น ท้องร่วง ท้องเสีย บิด ตับอักเสบ เป็นต้น

๔) บริโภคอาหารอย่างเหมาะสม อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดสภาวะสุขภาพของคน การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์อย่างพอเพียงและเหมาะสม จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่หากกินอาหารที่มีสารปนเปื้อน ไม่ถูกหลักโภชนาการ หรือมากเกินไป ก็จะก่อให้เกิดโรคตามมามากมาย

๕) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ เพราะเป็นอบายมุขและภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย จิต ทรัพย์สิน และนำไปสู่ปัญหาสังคมมากมาย

๖) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น เพราะว่าครอบครัวที่อบอุ่นเป็นพื้นฐานทางจิตใจที่สำคัญ ครอบครัวที่อบอุ่นทำให้บ้านน่าอยู่ ซึ่งสมาชิกทุกคนมีส่วนสำคัญที่จะสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสุขในครอบครัว

๗) ป้องกันอุบัติภัยด้วยการไม่ประมาท ความประมาทนำมาซึ่งอุบัติเหตุ และอุบัติภัย ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพย์สิน เงินทอง เสียเวลา เสียอวัยวะทำให้เป็นคนพิการและที่ร้ายแรง คืออาจเสียชีวิตได้

๘) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เป็นการบริหารปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด มีภูมิคุ้มกันโรค ทำให้รูปร่างและบุคลิกดี ช่วยป้องกันโรค เป็นการใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนๆ และคนอื่นๆ

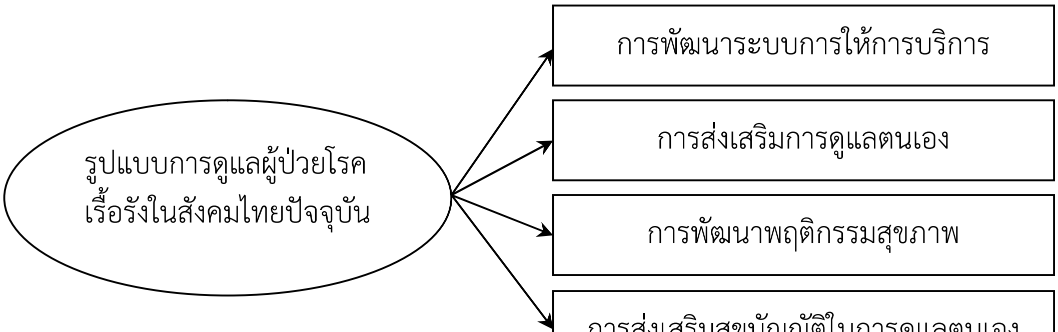
---

[๑๓๖] ดูรายละเอียดใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา**, หน้า ๗-๑๐.

๙) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ จิตใจที่แจ่มใสจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เมื่อเรามีความสุข มีจิตใจแจ่มใส ร่าเริงอารมณ์ดีอยู่เสมอ ส่งผลให้ร่างกายพลอยมีความสุขไปด้วย ทำให้หน้าตา ผิวพรรณผ่องใส ไม่แก่เร็ว คนรอบข้างก็อยากจะเข้าใกล้ อยากคบหาสมาคมด้วย เมื่อคิดทำอะไรก็โปร่งใสราบรื่น

๑๐) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม สิ่งมีชีวิตทุกชนิดอาศัยสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต เพราะว่าสิ่งแวดล้อมที่ดีมีความสมดุลทางธรรมชาติ ทำให้สิ่งมีชีวิตดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและเป็นสุข

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน สามารถสรุปได้ว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังมีการระบาดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และอีกครึ่งหนึ่งยังอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งที่ได้รับการคัดกรองแล้วและยังไม่คัดกรอง และการเข้าถึงบริการ จึงได้เกิดการเรียนที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงเกิดการพัฒนาระบบการให้การบริการขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องมีองค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองทั้งในขณะที่ร่างกายมีความปกติไม่มีโรคเบียดเบียน และ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการคุกคามของโรคจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากจากปัญหาต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ทัศนคติ หรือค่านิยมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม ตลอดจนสามารถรู้เท่าทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถดำเนิชีวิตอญู่ได้อย่างมีความสุข สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ ๒.๕



แผนภาพที่ ๒.๕ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทยปัจจุบัน

๒.๗ การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อันดับหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลก มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ในประเทศไทยจากการรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรค เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ภายในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย ดังนั้นจะต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตาม โดยเฉพาะกลุ่มที่กลับไปอยู่ในชุมชนควรมีการส่งต่อข้อมูลตลอดจนประสานงานกับกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและหน่วยงานหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีในชุมชน เพื่อการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องต่อไป[๑๓๗]

โรคซึมเศร้า คือ อาการความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่มีผลกระทบต่อความนึกคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมและสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นอาการที่สำคัญ ร่วมกับมีพฤติกรรมและความคิดผิดปกติ อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่อไม่เพลิดเพลิน อาการทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ส่วนอาการด้านความคิด ได้แก่ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มีความรู้สึกท้อแท้ มีความคิดอยากตายหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โรคซึมเศร้าพบได้ทุกช่วง อายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นและผู้สูงอายุ ซึ่งโรคนี้มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเอง การดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง มีผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง ตลอดจนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีโรคทางกายอยู่เดิม เช่น โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์เศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลต่อการแสดงออก ทางจิตใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจาก

---

[๑๓๗]นิตยา จรัสแสง และคณะ, “*ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*”, **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, ปีที่ ๕๗ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๔๔๑-๔๔๕.

ปกติ[๑๓๘] ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยทั้งซึมและเศร้าซึม คือ ร่างกายขยับเขยื้อนเชื่องช้า ทำอะไรก็ช้า คิดช้า พูดช้า เศร้า หมายถึง มีอารมณ์เศร้าทุกวันหรือทุกวันโดยไม่ระบุเวลาที่จะเกิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่ค่อยรู้สึกอยากทำอะไร จนกระบวนการฟัง คิด พูด ช้า ตามไปด้วย”[๑๓๙]

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้[๑๔๐] ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนองค์การอนามัยโลกคาดหมายว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากปัจจัยทางสังคม เช่น การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ ประกอบกับการสูญเสียในชีวิตจะทำให้เกิดความสิ้นหวังจนเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงได้[๑๔๑] ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ระดับ[๑๔๒]

๑) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงา หงอยชั่วคราว ซึ่งทุกคนเป็นได้ในบ้างครั้ง มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานลดน้อยลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนไปจากเดิม คือ นอนไม่ค่อยหลับ

๒) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ก็ไม่ปกติ ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออก ดังนี้

(๑) อารมณ์ มีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความ วิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว หมดความภูมิใจในตนเอง

(๒) กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง กล่าวคือ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย นอนไม่หลับ เริ่มคิดฆ่าตัวตาย

(๓) ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ กล่าวคือ มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางคนก็รับประทานอาหารมากขึ้นและไม่สนใจตนเอง

---

[๑๓๘]สายฝน เอกวรางกูร, **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า**, (กรุงเทพมหานคร: สเอเซียเพรส, ๒๕๕๓), หน้า ๖-๘.

[๑๓๙]สมพร บุษราทิจ และ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, **จิตเวชปฏิบัติ**, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๐),หน้า ๙๕.

[๑๔๐]ธรณินทร์ กองสุข, **องค์ความรู้โรคซึมเศร้า ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ**, (อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, ๒๕๔๙).

[๑๔๑]พิรุณี สัพโส, “ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน”, **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๔ (กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๓.

[๑๔๒]สมพร บุษราทิจ และคณะ, **จิตเวชทันยุค ๒๕๕๑**, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๕๐), หน้า ๓๗.

(๔) การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูดผิดปกติ กล่าวคือ การเคลื่อนไหวจะช้าลง มีความกระวนกระวายมาก มีอาการย้ำคิดย้ำทำ พูดจาลำบาก บางครั้งอาจไม่พูดเลยและขาดความมั่นใจในตนเอง

(๕) การเข้าสังคมบกพร่อง กล่าวคือ ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จนละทิ้งสังคมทีละน้อยและไม่สนใจตนเองมากขึ้น คิดว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า ไม่สนใจสิ่งรอบข้างและละทิ้งสังคมในที่สุด

๓) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่มีความซึมเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง พูดจาอย่างเชื่องช้า เซื่องซึม และผู้ป่วยมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง

๒.๗.๑ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยเรื้อรัง คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ ใน ๓ ของบุคคลซึ่งจะต้องมีภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ต้องรับการรักษา และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและอาการสิ้นหวังและซึมเศร้าและจากการศึกษาของ พวงผกา กรีทอง[๑๔๓] พบว่าภาวะซึมเศร้าจัดเป็นโรคร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกับการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาโรคเรื้อรังอีกกลุ่ม ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ป่วยเรื้อรังจะรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ภาวะซึมเศร้ายังเป็นโรคร่วมที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กเพิ่มขึ้น ทำให้เสียชีวิตมากขึ้น[๑๔๔]

๒.๗.๒ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ และทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ

---

[๑๔๓]พวงผกา กรีทอง, “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง”, **วารสารโรคหัวใจและทรวงอก**, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๖) : ๒๐-๒๑.

[๑๔๔]Katon Wayne and Ciechanowski Paul, “Impact of major depression on chronic medical illness”, **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. 53 (2002) : 859– 863.

เจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเองและในส่วนอื่นๆ โดยแต่ละด้านส่งผลกระทบซึ่งกันและกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ ๒๕-๓๓ ผลที่ตามมาก็คือ จะทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลง รักษายากขึ้น เป็นวัฏจักรหมุนเวียนไม่สิ้นสุด[๑๔๕] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปได้โดยสังเขปดังต่อไปนี้

๑) ผลกระทบต่อร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ในการดำเนินแบบแผนกิจกรรมต่าง ๆ ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากโครงสร้างการทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาของแพทย์

๒) ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด วิตกกังวล ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลทำให้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง ความเครียดและความวิตกกังวล ที่เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนานส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหลายโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเส้นเลือดและระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต[๑๔๖]

๓) ผลกระทบต่อครอบครัว ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้จำเป็นต้องมีการปรับบทบาท ของบุคคลในครอบครัวให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวก็เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวลดลง ส่งผลให้สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทรุดโทรมจากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด อาการซึมเศร้า และอ่อนล้า ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับบทบาทครอบครัวให้เหมาะสม กิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง[๑๔๗]

---

[๑๔๕]สุนันทา สุขสุมิตร, **ป่วยโรคเรื้อรังเสี่ยงซึมเศร้าสูง**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://www4.thaihealth.or.th/healthcontent/news/17372 [๑๖ กันยายน ๒๕๕๗].

[๑๔๖]พวงผกา กรีทอง, ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง", **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๖) : ๒๐-๒๑.

[๑๔๗]จารุวรรณ มานะสุรการ, **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล**, (สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๔๔).

๒.๗.๓ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น ประหยัดค่าใช้จ่าย มักใช้ในการสำรวจค้นหาผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป เป็นแบบประเมินที่นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำ จุดประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความรุนแรงของโรค หรือเพื่อติดตามผลการรักษาก็ควรใช้แบบประเมินที่อยู่ในกลุ่มนี้เพื่อประเมินอาการ หรือติดตามผลการรักษา[๑๔๘] Thai Depression Inventory (TDI)[๑๔๙] โดยนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล และ นายแพทย์ปราโมทย์ สุคนิชย์ ได้มีการพัฒนาขึ้นและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยชาวไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยและจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้แก่ แบบสอบถาม Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Zung self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression (HADS) และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน ๕๐ ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ ๐.๘๕๘ และมีค่าความตรงเท่ากับ ๐.๗๑๘๙ (p< .๐๐๑) มีข้อคำถามทั้งหมด ๒๐ ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนจาก ๐-๓ วัดระดับภาวะซึมเศร้าทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ แบบวัดภาวะซึมเศร้าออกเป็น ๕ ระดับดังนี้

คะแนนรวม	น้อยกว่า ๒๑	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนรวม	๒๑-๒๕	ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน
คะแนนรวม	๒๖-๓๔	ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง
คะแนนรวม	๓๕-๔๐	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง
คะแนนรวม	มากกว่า ๔๐ ขึ้นไป	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก[๑๕๐]

---

[๑๔๘]ธรรมนาถ เจริญบุญ, “แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้”, **ธรรมศาสตร์เวชสาร**, ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๖๖๗-๖๗๖.

[๑๔๙]มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, “แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง”, **วารสารแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย**, ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๒): ๑๗-๑๙.

[๑๕๐]Manote Lotrakul and Pramote Sukanich, **Development of the Thai Depression Inventory. Journal of the Medical Association of Thailand**, Vol. 82 No. 12 (December 1999) :1200-7.

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้ เวลาทำไม่นาน ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม สามารถแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าได้อย่างขัดเจน และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถช่วยในการประเมินผลการรักษาได้ โดยอาจให้ผู้ป่วยประเมินตนเองทุก ๑ สัปดาห์ แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดใด จะเห็นได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลากหลาย รูปแบบสามารถเลือกใช้เครื่องมือได้ตามความเหมาะสมในกลุ่มประชากร และ วัตถุประสงค์ของการประเมินและในการปฏิบัติงาน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้แบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใดบ้าง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้า ปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก เป็นเกณฑ์ที่สามารถใช้วัดให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างซัดเจน และ เครื่องมือนี้สามารถประเมินซ้ำได้อีกใน ๑ สัปดาห์ต่อมา เพราะว่ามีจำนวนข้อไม่มากนัก สะดวกต่อการนำไปประเมิน และไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้การประเมินอย่างแพร่หลาย เช่น จุฑามาศ วารีแสงทิพย์[๑๕๑] ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ[๑๕๒] ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความซึมเศร้าในโครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: การศึกษาแบบติดตามไป พรภิมล เพ็ชรกุล และคณะ[๑๕๓] ได้นำไปใช้ในการเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เบญญาภา กุลศิริไชย[๑๕๔] ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินภาวะความซึมเศร้าของผู้ประสบภัย นิภาภรณ์ นามลาย และคณะ[๑๕๕] นำไปประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

---

[๑๕๑]จุฑามาศ วารีแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

[๑๕๒]ทินกร วงศ์ปการันย์และคณะ, “โครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล : การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า”, **รายงานผลการวิจัย,** (คณะแพทยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕).

[๑๕๓]พรภิมล เพ็ชรกุล และคณะ, “การเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า”, **วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)**, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๗ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) : ๗๑-๘๐.

[๑๕๔]เบญญาภา กุลศิริไชย, “การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติด้วยการรับบทสวดโพชฌงคปริตรเข้าจิตใต้สำนึก”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕).

[๑๕๕]นิภาภรณ์ นามลาย และคณะ, “ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา”, **รายงานผลการวิจัย,** (คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, ๒๕๕๕).

สามารถสรุปได้ว่า การบำบัดรักษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน เทคนิควิธีการที่ใช้มีแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยมักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม หรือแบบชีวจิตสังคม คือ มีทั้งการรักษาทางร่างกาย การรักษาทางจิตใจ และการรักษาทางสังคม ผสมผสานเข้าด้วยกัน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่พัฒนามาจากเครื่องมือของต่างประเทศ ซึ่งใช้ฐานแนวคิดทางชีววิทยาการแพทย์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ มีการประเมินได้ ๒ ประเภท คือ การประเมินโดยให้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตเพื่อประเมินอาการ และการประเมินโดยการประเมินตนเองจากแบบสอบถาม

๒.๘ การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนของความเจ็บป่วย ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องมีองค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานหลายระดับ ทั้งที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนและหน่วยที่เป็นโรงพยาบาลที่มีการดูแลเฉพาะทาง เพื่อดูแลความซับซ้อนทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องการสหวิชาชีพที่มากกว่าแพทย์ พยาบาล ที่ควรมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย[๑๕๖] การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาในประเทศที่พัฒนามาใช้ในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย จึงต้องสร้างนิยามที่สอดคล้องกับบริบทของบริการสุขภาพของประเทศไทยก่อนนำไปกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม[๑๕๗] แล้วนำมาผ่านกระบวนการตรวจสอบว่าสามารถนำมาใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ สามารถอธิบายในรายละเอียดโดยสังเขปได้ดังนี้

๒.๘.๑ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[๑๕๘] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อ

---

[๑๕๖]สุพัตรา ศรีวณิชชากร, “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔-๖.

[๑๕๗]อาทิตยา วังวนสินธุ์, “ความเห็นพ้องของนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย ด้วยการใช้เทคนิคนอมินัลกรุ๊ป”, **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๗) : ๓๘.

[๑๕๘]สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, “เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด ๑๐๐ ตัวชี้วัด และ ๒๖ ตัวชี้วัด”, **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ (มิถุนายน-กันยายน ๒๕๔๑) : ๔-๑๕.

คุณภาพชีวิต เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ๑๐๐ ข้อ โดย ทำการเลือกคำถามมาเพียง ๑ ข้อ จากแต่ละหมวดใน ๒๔ หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก ๒ ข้อคำถามหลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ ๓ รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๘๔ ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ ๐.๖๕ โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL–๑๐๐ ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL–BREF–THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม ๒ ชนิด คือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต ๔ ด้าน ดังนี้

๑) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การ รับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

๒) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

๓) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นใน

๔) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่า ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีข้อจำกัดกับการนำไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหาเกิดขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด และข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้างโดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับ เรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่นำไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือ การให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม

๒.๘.๒ แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36 : SF-36)

SF-36 (Medical Outcome Study 36-item Health Survey Short From) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ที่มีการนำไปใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถนำไปใช้ในกลุ่มประกรที่หลากหลาย ทั้งคนที่ร่างการปกติและผู้ป่วย[๑๕๙] แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36: SF-36) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมี ๓๖ ข้อประเมิน ๘ ด้าน[๑๖๐] คือ

๑) ด้านความสามารถทางกายภาพ
๒) ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย
๓) ความเจ็บปวดของร่างกาย
๔) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง
๕) ความมีกำลังหรือมีความเหนื่อยล้า
๖) ความสามารถทางสังคม
๗) ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ
๘) ความรู้สึกสุขสบายทางใจ

สำหรับ SF-36 ฉบับภาษาไทย ได้มีการทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงแล้ว แต่เนื่องจากคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามฉบับเดิม ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ได้แก่ ความตรงตามโครงสร้าง และความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ผู้สร้างกำหนดไว้ อาจมี

---

[๑๕๙]Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A. and Fitzpatrick R., "Quality of life measurement : bibliographic study of patient assessed health outcome measures", **British Medical Journal**, Vol. 324 No. 7351 (June 15, 2002) : 1417-1421.

[๑๖๐]ธนิต จิรนันท์ธวัช, "Quality of life for quality dialysis", ใน **Quality dialysis in the year 2010**, ธนิต จิรนันท์ธวัช และคณะบรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น, ๒๕๕๓), หน้า ๒๙๑-๓๐๐.

สาเหตุมาจากคำที่ใช้สื่อความหมายไม่ตรงกับต้นฉบับอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การทดสอบคุณสมบัติในบางภาษา ก็พบว่ามีคุณสมบัติบางประการไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้เช่นกันจึงมีความมุ่งหมายที่จะทำการแปลใหม่โดยผู้แปลอาชีพ เพื่อปรับปรุงภาษาให้มีความถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทดสอบความตรง ความเที่ยง เปรียบเทียบกับฉบับเดิม แบบสอบถามฉบับใหม่เป็นแบบสอบถามที่สามารถนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มคนต่างๆ ได้ แบบสอบถามฉบับนี้มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี และมีความตรงเกือบทุกมิติเป็นไปตามเกณฑ์ ยกเว้นมิติ Vitality และ Role-emotional การแปลผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง[๑๖๑]

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) ไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต เพราะเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปเป็นส่วนประกอบในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคมไทย และได้นำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคลากร ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ในสถานที่ต่างๆ เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์[๑๖๒] โครงการวิจัยสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[๑๖๓] นำไปประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย[๑๖๔] การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์[๑๖๕] การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ[๑๖๖] การตรวจประสิทธิผลด้านภาวะสุขภาพจิตและด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาโรค

---

[๑๖๑]ดูรายละเอียดในวัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม, “การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่”, **วารสารไทยเภสัชสาร**, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๑-๒ (มกราคม- มิถุนายน ๒๕๔๘) : ๖๙-๘๘.

[๑๖๒]มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, “คุณภาพชีวิตของบุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์”, **รายงานผลการวิจัย**, (สภาข้าราชการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๐).

[๑๖๓]วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ และคณะ, “โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”, **รายงานผลการวิจัย**, (ศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

[๑๖๔]สุนีรัตน์ จันทร์ศรี และคณะ, “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิ์ของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย”, **วารสารสภาการพยาบาล**, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๒) : ๑๙-๒๘.

[๑๖๕]เสกสรร หีบแก้ว และวงศา เลาหศิริวงศ์, “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”, **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ (มีนาคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) :๒๒-๔๖.

[๑๖๖]ประภา พิทักษา และ ปัณสุข สาลิตุล, “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักธรรมานามัย”, **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๕) : ๔๓-๕๑.

ซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท[๑๖๗] ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้[๑๖๘] การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด[๑๖๙] นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพชีวิตจะได้นำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม สามารถลดอัตราเพิ่มขึ้นของอาการที่เป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

๒.๙ สรุป

โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานและความก้าวหน้าช้าโดยทั่วไป เป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด โรคบางชนิดมีส่วนสัมพันธ์กันที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิต ประกอบด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่นๆ ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นความบกพร่อง หรือ เบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในครอบครอบครัว ในวงการแพทย์ทางตะวันตกได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จนได้แนวทางในการดูแลรักษาและได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะท้องถิ่น โดยการผสมผสานจากส่วนต่างๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับมีรายละเอียดที่น่าสนใจได้แก่ ๑) ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ฟลอเรนซ์ ๒) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และ ๓) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในประเทศต่างๆ ตามลักษณะของแต่ละภูมิภาค สามารถลด

---

[๑๖๗]จักราวุธ เผือกคง, “ตรวจประสิทธิผลด้านภาวะสุขภาพจิตและด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท”, **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๖-๒๘๓.

[๑๖๘]จีราพร ทองดีและคณะ, “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”, **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,** ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๘๘-๙๙.

[๑๖๙]สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ดีปัญญา, “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด”, **วารสารเกื้อการุณย์**, ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๖) : ๕-๑๒.

จำนวนการเสียชีวิตของประชากรได้เป็นอย่างดี สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาในการรักษา การใช้แพทย์ทางเลือก และการควบคุมอาหาร ส่วนสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยนั้น โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานจะเป็นโรคตั้งต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ที่มักเกิดตามมาถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การพัฒนาระบบการให้การบริการส่งเสริมการดูแลตนเอง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยสู่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข

บทที่ ๓

พุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอหลักพุทธธรรมที่ใช้บูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาหลักพุทธธรรมที่เหมาะสม จากการได้ศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละวิธี ดังที่นำเสนอในบทที่ ๒ ไปแล้วนั้น ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง และสมควรนำหลักพุทธธรรมใดมาบูรณาการเพื่อใช้แก้ปัญหาหรือบรรเทาปัญหานั้นๆ อันมีผลที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยวิธีการดังกล่าวประสบผลสำเร็จ โดยที่ผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาในการนำเสนอเป็น ๕ ประเด็น ดังนี้

๓.๑ ความหมายของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วย
๓.๒ แนวทางการดูแลรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์
๓.๓ การดูแลตามหลักไตรสิกขา
๓.๔ กรณีตัวอย่างการดูแลรักษาตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา
๓.๕ พุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลรักษาโรค
โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๓.๑ ความหมายของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง บุคคลที่เกิดความทุกข์จากการเจ็บป่วยเข้าครอบงำ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์กาย หรือทุกข์ใจ หรือทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ในพระไตรปิฎกได้กล่าวถึงโรคชนิดต่างๆ จำนวนมาก เช่น โรคทางกาย ได้แก่ ในพระไตรปิฎกได้กล่าวถึงโรคชนิดต่างๆ จำนวนมาก เช่น โรคเรื้อน โรคตา โรคอัมพาต[๑]โรคหืด โรคหู โรคจมูก โรคลงแดง โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคใบหู โรคละอองบวม โรคคุดทะราด โรคปาก โรคฟัน โรคไอ โรคไข้หวัด โรคไข้ทรพิษ โรคไข้เซื่องซึม โรคหน่อที่เท้า[๒] โรคท้อง โรคจุกเสียด โรคท้องผูก โรคลงราก โรคกลาก โรคร้อนในกาย โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคหิดเปื่อย โรคหิดด้าน โรคโดนยาแฝด โรคหูด โรคอาเจียนโลหิต โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวง[๓] โรคอหิวาตกโรค[๔] โรคหิดโรคตุ่ม โรคกลิ่นตัวแรง โรคลมขัดยอกตามข้อ โรคเท้าแตกเนื้องอก

---

[๑]วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๑๙/๑๘๔-๑๘๗.

[๒]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๔๙/๑๘.

[๓]องฺ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๑.

[๔]วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๐๐/๑๕๕.

แผลไม่งอก[๕] โรคพันธุกรรม[๖] โรคพิษงู โรคผอมเหลือง โรคผดผื่นคัน[๗] โรคลมในท้อง[๘๙] โรคเนื้องอกในลำไส้[๑๐] โรคท้องร่วง[๑๑] โรคฝี โรคปอด เป็นต้น ส่วนโรคทางจิตใจ หรือความเจ็บป่วยทางใจ เช่น ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ที่เกิดจากญาติพี่น้องตาย มารดา บิดาตาย พี่น้องตาย...บุตรธิดาตาย ความเจ็บป่วยที่เกิดจากความพินาศของญาติ โภคทรัพย์พินาศเสียหายที่เกิดจากโรค เป็นต้น[๑๒]

คำว่า "โรค" ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๔๒ ให้คำจำกัดความไว้ว่าหมายถึง ความเจ็บไข้ความเจ็บป่วย[๑๓] ในขณะที่คำว่า "โรค" ในทางพระพุทธศาสนามาจากรากศัพท์บาลีว่า "รุช" แปลว่า เสียดแทงมีความหมายว่าสิ่งที่เสียดแทงให้เจ็บปวด คำศัพท์ที่มีความหมายว่าเจ็บป่วยหรือโรคมีกล่าวไว้อีกหลายคำใช้เรียกต่างๆ กันไปได้แก่ "โรคาพาธ" หมายถึงความเจ็บไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค "อาพาธ" หมายถึงความเจ็บป่วย "พยาธิ" หมายถึงความเจ็บป่วย "อามัย" หมายถึงความไม่สบายตรงข้ามกับอนามัย คือ ความสบาย โรค สภาพผู้ถูกทำลายอวัยวะน้อยใหญ่ สภาพผู้เสียดแทง ความเจ็บไข้ ความไม่สบาย ความป่วย[๑๔]

สามารถจำแนกโรคในเบื้องต้นออกเป็น ๒ ชนิด (๑) โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคในกาย โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก และ (๒) โรคทางใจ หมายถึงโรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยา ความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอาลัยอาวรณ์ ความคับแค้นใจ เป็นต้น สามารถอธิบายในรายละเอียดต่อไปนี้

๓.๑.๑ โรคทางกาย

โรคทางกาย คือ อาการบีบคั้นทางกายที่เกิดมาจากโรคนั้นๆ พระพุทธศาสนาเรียกว่า "พยาธิทุกข์" คือ ทุกข์เพราะความเจ็บป่วย[๑๕] ได้แก่ ทุกขเวทนาที่เกิดจากอาการของโรคบีบคั้นทำให้ ร่างกายเจ็บปวดรวดร้าว รู้สึกไม่สบาย ในเวทนา ๕ เรียกความทุกข์ทางด้าน

---

[๕]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๕-๒๖๗/๕๐-๖๐.

[๖]ม.ม. (ไทย) ๑๓/๓๖๘/๔๕๔-๔๕๕.

[๗]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๘/๖๐-๖๒.

[๘]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๓/๖๙.

[๙]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖.

[๑๐]วิ.ม. (ไทย) ๕/๓๓๓/๑๘๙-๑๙๐.

[๑๑]วิ.ม. (ไทย) ๕/๓๖๕/๒๓๙-๒๔๑.

[๑๒]ดูรายละเอียดใน ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๕/๒๒.

[๑๓]ราชบัณฑิตยสถาน, **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ๒๕๔๒**, (กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิ- เคชั่นส์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๗๙.

[๑๔]ป. หลงสมบุญ, พันตรี, **พจนานุกรม มคธ-ไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, ๒๕๔๖), หน้า ๖๑๑.

[๑๕]ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๒๔/๑๐๓.

ร่างกายนี้ว่า "ทุกข์" หรือเรียกชื่อเต็มว่า "ทุกขินทรีย์" [๑๖] อินทรีย์ คือ ความทุกข์กาย ความไม่สบายทางกาย ความเจ็บปวดทางกาย[๑๗] หรือร่างกายที่ดิ้นรน กระเสือกกระสน ทุรนทุราย หวั่นไหว สั่นเทา กระสับกระส่ายที่เกิดจากจากโรคบีบคั้น (พยาธิ) อย่างหนัก[๑๘] หรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ อันเนื่องมาจากอวัยวะนั้นเกิดความเสียหายเพราะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะนั้น หรือเกิดจากบาดแผล เกิดจากความผิดปกติในร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง[๑๙] ตลอดจนทำให้อวัยวะที่สัมพันธ์กับอวัยวะที่เกิดโรคนั้น ๆ ได้รับผลกระทบไปด้วย สาเหตุของโรคทางกาย ประกอบด้วยสาเหตุหลายชนิด เช่น การเกิดโรคทางกายมีหลายสาเหตุ คือ โรคเกิดจากดี เสมหะ ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง ผลของกรรมหนาวร้อนหิวกระหาย ปวดอุจจาระปวดปัสสาวะ[๒๐] ธาตุ ๔ ไม่สมดุล[๒๑] การไม่รู้ประมาณในการบริโภค[๒๒] การถูกสัมผัสจากเหลือบยุงและสัตว์เลื้อยคลาน[๒๓] การถูกทำร้ายและการมีอายุมาก ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ โรคทางกายนั้น พระพุทธศาสนาอธิบายว่า ในบางสถานการณ์สอดคล้องกับกรรมเก่าที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเคยกระทำในอดีต ดังจะเห็นได้จากสำนวนที่ว่า "โรคกรรม" ดังพุทธพจน์ที่ว่า

> บุคคลในโลกนี้...เป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลายด้วยฝ่ามือบ้างด้วยก้อนหินบ้างด้วยท่อนไม้บ้างด้วยศัสตราบ้างเพราะกรรมนั้นที่เขาให้บริบูรณ์ยึดมั่นไว้อย่างนั้น...หลังจากตายแล้วถ้าไม่ไปเกิดในอบายทุคติวินิ
>
> บาตนรกกลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใดๆเขาก็จะเป็นผู้มีโรคมาก...มาณพการที่บุคคลเป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลายด้วยฝ่ามือบ้าง...นี้เป็นปฏิปทาที่เป็นไปเพื่อความมีโรคมาก[๒๔]

สามารถอธิบายได้โดยสังเขป ดังนี้

๑) โรคที่เกิดภายนอกร่างกาย

โรคที่เกิดภายนอกร่างกาย โรคที่เกิดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายนอก เช่น โรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคที่ใบหู โรคปาก โรคฟัน เป็นต้น[๒๕] จะทำให้

---

[๑๖]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๐/๓๑๐

[๑๗]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** พิมพ์ครั้งที่ ๑๖, (กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑), หน้า ๑๐๒-๑๐๓.

[๑๘]ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๑๗๑/๔๘๕.

[๑๙]แสง จันทร์งาม, **พุทธศาสนาวิทยา**, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: สร้างสรรค์บุ๊คส์, ๒๕๔๔), หน้า ๒๖๗.

[๒๐]อง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๑.

[๒๑]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๑/๓๐๖-๓๐๗, อง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๑๑/๑๗.

[๒๒]ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๓๒๕/๑๓๔.

[๒๓]อง.จตุกฺก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๘.

[๒๔]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๒๙๑/๓๕๑.

[๒๕]ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน อง.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐.

เกิดทุกขเวทนาในอวัยวะนั้นๆ อย่างแสนสาหัส เช่น ดิ้นรน ทุรนทุราย หวั่นไหว สั่นเทา กระสับกระส่าย เจ็บปวด ไม่สบายกาย เป็นไข้ เป็นต้น บางคนอาจต้องทุกข์ทรมานเป็นระยะเวลายาวนาน และสิ้นใจตายในที่สุด

๒) โรคที่เกิดภายในร่างกาย

โรคเกิดกับอวัยวะภายในร่างกาย เช่น เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ไต หัวใจ ตับ พังผืด ม้าม ปอด ไส้ใหญ่ ไส้น้อย ดี เลือด ไขข้อ เป็นต้น[๒๖] จะทำให้อวัยวะส่วนนั้นๆ บกพร่อง เสียหาย ถูกทำลายหมด หรือเสียหายหมด ไม่สามารถทำงานได้ โดยที่ในขณะที่โรคกำลังคุกคามทีละนิดๆ ทำความเสียหายแก่อวัยวะภายในทีละหน่อยๆ นั้น จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง และต่อระบบอวัยวะของร่างกาย จึงก่อให้เกิดอาการเจ็บไข้ หรือไม่สบาย แต่เมื่อถึงขั้นวิกฤตหรือระยะสุดท้ายของโรค อวัยวะจะถูกทำลายจนถึงขั้นทำงานได้น้อย หรือไม่สามารถทำงานได้เลย เมื่อนั้นก็จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ความตาย ในส่วนของอวัยวะภายในนี้บางคนโรคอาจแสดงอาการตั้งแต่เริ่มต้น อาจเป็นทุกขเวทนาเพียงเล็กน้อย แต่บางคนโรคอาจแสดงอาการครั้งเดียวเมื่ออวัยวะส่วนนั้นๆ เสียหายเกือบหมดหรือทั้งหมด จึงทำให้ทุกขเวทนาที่ปรากฏทางกายเกิดความรุนแรงอย่างแสนสาหัส บางคนอาจต้องตายเพราะพิษไข้ ตายเพราะความเจ็บปวด เป็นต้น

ส่วนโรคที่สามารถเกิดกับอวัยวะบางส่วนในร่างกาย ในส่วนอวัยวะภายนอกส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มือ เท้า แขน ขา ผิวหนัง เป็นต้น ได้แก่ โรคเรื้อน โรคฝี โรคกลาก โรคหิดเปื่อย โรคหิดด้าน โรคหูด โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวง เป็นต้น โรคจากอวัยวะภายในร่างกายส่วนใด ส่วนหนึ่ง หรือโรคที่เรียกชื่อตามอาการ ได้แก่ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคไข้พิษ โรคไข้เชื่อมซึม โรคท้อง โรคลมสลบ โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคอาเจียนเป็นเลือด โรคดี โรคเบาหวาน เป็นต้น และโรคที่มีสมุฏฐานอื่นๆ เช่น มีสมุฏฐานมาจากดี เสลด ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารที่ไม่สม่ำเสมอ การมีความเพียรเกินกำลัง วิบากกรรม ความหนาว ความร้อน ความหิว ความกระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ เป็นต้น[๒๗]

สามารถสรุปได้ว่า โรคที่เกิดทางกายเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์ ทั้งที่เป็นอวัยวะภายใน และอวัยวะภายนอก ส่งผลให้ได้รับความลำบากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านฤดูแปรปรวน การไม่รู้ประมาณในการบริโภค การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง การถูกทำร้ายและการมีอายุมาก เป็นต้น

---

[๒๖]ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๑๕๔/๑๙๘-๑๙๙.

[๒๗]ดูรายละเอียดใน องฺ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๐.

๓.๑.๒ โรคทางใจ

โรคทางใจ เป็นภาวะทางจิตใจ สภาพทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และก่อให้เกิดทุกขเวทนาทางกายอย่างหนักและรุนแรง อีกทั้งยังมีอาการทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผลของอาการแห่งโรคทางกายเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยทำให้จิตใจไม่สบายไปด้วย เมื่อจิตใจไม่สบาย ก็เกิดปัญหาภายในหลายอย่าง เช่น ท้อแท้ หดหู่ เซื่องซึม เบื่อหน่าย เป็นต้น บางครั้งก็ถึงกับเครียด คับแค้น หมดหวัง สิ้นหวัง ฯลฯ เหล่านี้ถือว่าเป็นสภาพจิตที่ไม่ดี เป็นความป่วยทางจิตตามไปด้วย[๒๘] สามารถประมวลอาการทางจิตใจ ได้ ๒ ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

๑) การเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดกังวลใจ หรือในทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า “ความทุกข์ใจ”[๒๙] “ความเศร้าเสียใจ”[๓๐] ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากรักษาอีกต่อไป เพราะคิดว่าถ้ารักษาต่อไปก็ไม่สามารถทำให้ตนเองหายจากโรคนั้นๆ ได้ เมื่อความทุกข์กายและความทุกข์ใจเกิดขึ้นและเกิดขึ้นรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทนไม่ไหว ส่งผลให้เกิดสภาวะที่ไม่อยากดูแลตนเอง ขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ปล่อยให้โรคที่เกิดขึ้นมีความแทรกซ้อน และเสียชีวิตลงในที่สุด

๒) การเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดกังวลใจต่อโรคเป็นส่วนประกอบหนึ่งเมื่อบุคคลเมื่อเกิดโรคจากแล้ว เหตุผลประการหนึ่ง เรียกว่า ความไม่อยากตาย อยากมีชีวิต และนำไปสู่ความรู้สึกกลัว และหวาดหวั่นพรั่นพรึงต่อความตาย อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้ย่อมมีอยู่กับมนุษย์และสัตว์ทุกตัวตน เมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้และต้องตาย ย่อมส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น ความพรั่นพรึง ความสะดุ้ง ความครั่นคร้าม ความเกรงกลัว ความหวาดกลัว[๓๑] ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสว่า “สัตว์ทุกประเภทย่อมหวาดกลัวความตาย”[๓๒]

โรคทางใจเป็นโรคที่เกิดขึ้นบนฐานของการที่กิเลสจรมาทำสร้างความขุนมัวให้แก่ดวงจิต ดังพุทธพจน์ที่ว่า “จิตมีธรรมชาติประภัสสร แต่เศร้าหมองไป เพราะอุปกิเลสที่จรมา” สภาวะที่กิเลสจรมานั้นเกิดจากการที่จิตของมนุษย์ได้เข้าไปรับรู้ และปรุงแต่งสุขทุกข์ และชั่วดีต่ออารมณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ จนนำไปสู่การย้ำคิดย้ำทำ และขยายผลจนกลายเป็นโรคภายในก่อให้เกิดความทุกข์อันเป็นผลมาจากความคาดหวัง โกรธเกลียด และแย่งชิง ซึ่งโรค

---

[๒๘]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง,** พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: จ.เจริญอินเตอร์พริ้น, ๒๕๕๓), หน้า ๑.

[๒๙]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๐/๓๑๐

[๓๐]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์,** พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑), หน้า ๑๔๐.

[๓๑]ขุ.ม. (ไทย) ๒๙/๒๐๒/๕๙๐.

[๓๒]ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๒๙/๗๒.

ภายในสามารถแจกออกอย่างน้อยเป็น ๒ โรค คือ

๑) โรคอกุศลมูล ซึ่งความโลภ ความโกรธ และความหลง[๓๓] เข้าทำหน้าที่ในการครอบงำจิตให้เศร้าหมอง ไม่บริสุทธิ์ และขุ่นมัวดังพุทธพจน์ว่า "ภิกษุทั้งหลาย จิตนี้ผุดผ่อง แต่จิตนั้นแลเศร้าหมองเพราะอุปกิเลสที่เกิดขึ้นภายหลัง ปุถุชนผู้ไม่ได้สดับ ย่อมไม่ทราบจิตนั้นตามความเป็นจริง เพราะเหตุนั้น ใจนั้น จึงเศร้าหมองเพราะอุปกิเลสที่จรมา"[๓๔] และเมื่อใดก็ตามที่ความโลภอยากได้ของคนอื่นความโกรธคิดประทุษร้ายความหลงมัวเมาทั้งสามนี้เกิดขึ้นกับผู้ใดย่อมครอบงำจิตใจของบุคคลเหล่านั้นทำให้เบียดเบียนตนเองและผู้อื่นเพราะจิตที่ประกอบด้วยความทุกข์โทมนัสทำให้เกิดการกระทำความชั่วทางกาย วาจาและทางใจเพราะความหลงย่อมไม่รู้ว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ไม่เป็นประโยชน์ทั้งที่ของตนเองและผู้อื่นตามความเป็นจริงจึงทำให้เกิดทุกข์เป็นคนมีความมืดไม่รู้อะไรเป็นคนปัญญาดับอันเป็นหนทางนำไปสู่ความคับแค้นย่อมอยู่เป็นทุกข์ลำบากเดือดร้อนในปัจจุบันหลังจากตายแล้วพึ่งหวังทุคติ[๓๕]

๒) โรคทางใจที่เกิดจากผัสสะ ในประเด็นนี้พุทธทาสภิกขุย้ำเตือนอยู่เสมอว่า "ทุกข์จะไม่โผล่ถ้าไม่โง่เรื่องผัสสะ" ซึ่งสัมผัสอาศัย ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ที่ตาเห็นรูปเสียงกลิ่นรสและการถูกต้องเกิดความรู้สึก (ธรรมารมณ์) แล้วทำให้เกิดความรู้สึกชอบความรู้สึกไม่ชอบหรือความรู้สึกเฉยๆเนื่องจากเพราะมีความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ทำให้เกิดความนึกคิดหรือการปรุงแต่งใจให้เป็นไปต่างๆ นานาแล้วทำให้เกิดสัญญาคือความจำ แล้วเกิดการยึดติดในสิ่งนั้นหรืออารมณ์นั้นๆ ดังท่านพระมหากัจจายนะกล่าวว่า จักขุวิญญาณเกิดขึ้นเพราะอาศัยตาและรูปมาประจบกันเข้าเกิดความรู้สึกว่าสวยงามอ่อนแข็งร้อนเย็น โดยการประจวบกันแห่งธรรมทั้ง ๓ ประการจึงเกิดผัสสะเพราะผัสสะเป็นปัจจัยเวทนาจึงเกิด บุคคลเสวยอารมณ์ใดย่อมหมายรู้อารมณ์นั้น บุคคลหมายรู้อารมณ์ใดย่อมตรึกตรองอารมณ์นั้น บุคคลตรึกตรองอารมณ์ใดย่อมคิดปรุงแต่งอารมณ์นั้น บุคคลคิดปรุงแต่งอารมณ์ใด เพราะการคิดปรุงแต่งอารมณ์นั้นเป็นเหตุในแง่ต่างๆ แห่งปัญจสัญญาย่อมครอบงำบุรุษในรูปทั้งหลายที่จะพึงรู้ด้วยทางตาทั้งที่เป็นอดีตก็ดีอนาคตก็ดี และปัจจุบันก็ดี โสตวิญญาณ...ฆานวิญญาณ...ชิวหาวิญญาณ...[๓๖] จากแง่มุมที่ว่าด้วยผัสสะ ซึ่งเป็นโรคภายใน แล้วส่งผลที่ทำให้เกิดโรคภายนอกข้างต้นนั้น

จากการนำเสนอในเบื้องต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ร่างกายเกิดพยาธิ มีความเจ็บป่วยเข้าครอบงำ ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ลำบาก ก่อให้เกิดสภาวะที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความกังวลทางจิตใจ มีความกังวลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวต่อความตาย และ กังวลต่อการรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือ ความเบื่อหน่ายต่อโรคที่เกิดขึ้น ไม่อยากรักษาต่อไป ปล่อยให้โรค

---

[๓๓]ที. ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๕๙, ม. มู. (ไทย) ๑๒/๘๙/๘๓.

[๓๔]องฺ.เอกก. (ไทย) ๒๐/๕๑/๙.

[๓๕]องฺ.ติก. (ไทย) ๒๐/๗๐/๒๓๖.

[๓๖]ม.มู. (ไทย) ๑๒/๒๐๔/๒๑๓-๒๑๔.

กำเริบและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งในกระบวนการนี้ในพระพุทธศาสนามีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยดังรายละเอียดต่อไป

๓.๒ แนวทางการดูแลรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์

การป้องกันโรคเป็นการกระทำ หรือ งดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกัน ไม่ให้กลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคพระพุทธเจ้าจึงทรงสอนให้มนุษย์สนใจและรู้จักตัวเองเป็นสำคัญ คือ รู้จักร่างกายและจิตใจของตน เพื่อที่จะได้บำรุงรักษาร่างกายและจิตใจให้ดำรงอยู่อย่างปกติสุข โดยปราศจากสิ่งที่คอยเสียดแทงอยู่ จึงพยายามแนะนำสั่งสอนให้รู้จักรักษาสุขภาพของตน การดูแลสุขภาพของร่างกายให้สะอาด ผู้วิจัยจะได้อธิบายรายละเอียดแนวทางการรักษาและป้องกันโรค ดังนี้

๓.๒.๑ การรักษาโรคทางกาย

การรักษาโรคที่เกิดทางกายเป็นการดูแลรักษาเป็นแนวทางที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ดูแลรักษา มีปรากฏเป็นหลักฐานในคัมภีร์ สามารถประมวลได้โดยสังเขป ดังนี้

๑) โรคผิวหนังทั่วไป ภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผิวหนัง พระพุทธองค์ตรัสให้ลูบไล้ด้วยของหอม ภิกษุอีกรูปหนึ่งมีกายกอปรด้วยโทษมาก พระพุทธองค์ตรัสให้ดื่มยาประจุถ่าย[๓๗]

๒) โรคเรื้อน ชนิดเป็นแผลสุกไหม้ มีหนอนและมีอาการคัน ให้รักษาด้วยการรมควันหรืออบกาย ประกอบกับการใช้ยาอย่างอื่น[๓๘]

๓) โรคหิด เมื่อภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผิวหนัง พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้เว้นไม้บังเวียนที่จักเป็นฟันมังกรเสีย ภิกษุอีกรูปหนึ่งทุพพลภาพเพราะชรา เมื่ออาบน้ำไม่สามารถจะถูกายของตนได้ พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ใช้เกลียวผ้า ภิกษุอีกรูปหนึ่งรังเกียจเพื่อจะทำการถูหลัง พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ถูหลังด้วยมือ[๓๙]

๔) โรคลมเกิดในท้อง อาการเจ็บจุกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ มีวิธีการรักษาเช่นการดื่มข้าวยาคู[๔๐] การรับประทานกระเทียม[๔๑]

๕) โรคลมเสียดยอกตามข้อ เมื่อพระปิลินทวัจฉะอาพาธ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ระบายโลหิตออกโรคนี้มีสาเหตุจากการคั่งของโลหิตและมีลมโป่งพอง โรคลมตามอวัยวะโรคนี้เป็นอาการของลมที่เกิดตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เมื่อพระปิลินทวัจฉะอาพาธ ท่านได้รักษาด้วยการเข้ากระโจมเพื่อขับเหงื่อออกจากร่างกาย[๔๒]

---

[๓๗]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๙/๖๒.

[๓๘]ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๑๓/๒๕๑.

[๓๙]วิ.ม. (ไทย) ๗/๒๔๔/๗.

[๔๐]พระพุทธองค์ทรงพระประชวรด้วยโรคลมเกิดในพระอุทร ทรงบำบัดด้วยการฉันข้าวยาคูที่ปรุงด้วยงา ข้าวสาร และถั่วเขียว ; วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๔/๗๐.

[๔๑]พระสารีบุตรอาพาธเป็นลมเสียดท้อง ท่านได้ฉันกระเทียมที่พระโมคคัลลานะนำมาถวาย จึงหายจากโรคนี้ ; วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๗.

[๔๒] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๗/๕๖-๕๗.

๖) โรคร้อนใน เมื่อพระสารีบุตรอาพาธเป็นไข้ตัวร้อน ท่านได้รักษาโดยการฉันเหง้าบัวและรากบัวเพื่อแก้อาการร้อนใน[๔๓]

๗) โรคทางตา พระพุทธองค์ทรง "อนุญาตยาหยอดตา อันได้แก่ยาทาตาที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงหลายอย่าง ยาป้ายตาที่ทำด้วยเครื่องปรุงต่าง ๆ ยาทาตาที่เกิดในกระแสน้ำ หรดาล กลีบทอง เขม่าไฟ"[๔๔]

๘) โรคดีซ่าน โรคนี้จะทำให้ผิวพรรณซูบซีด ทำให้ร่างกายซูบผอมมีผิวเหลือง เบื่ออาหาร ทำให้เกิดอาการง่วงเหงาหาวนอน นานเข้าผิวจะดำและมีตุ่มขึ้นตามร่างกาย เกิดอาการคันอย่างมาก ปัสสาวะมีสีเหลือง[๔๕] ถ้ามีปอดอักเสบแทรกซ้อน น้ำนม น้ำลาย น้ำมูกจะเหลืองด้วย อุจจาระจะมีสีเทา เพราะไม่มีน้ำดี กลิ่นเหม็น มีน้ำมันมาก ถ่ายออกเสียงดัง บางทีท้องผูกเพราะในลำไส้ไม่มีน้ำดีบำรุง แต่ถ้าลำไส้มีของเสียมากจะท้องเดิน มักเบื่ออาหาร ลิ้นเป็นฝ้า กระเพาะอาหารไม่ปกติ ถ้าเป็นมาก มักมีอาการคันทางผิวหนัง เหงื่อออกมาก เป็นลมพิษ โรคดีซ่าน มีวิธีการรักษาโดยการดื่มยาสมอดองน้ำมูตร ดังกรณีภิกษุรูปหนึ่งที่อาพาธเป็นโรคผอมเหลืองรักษาโดยการดื่มยาสมอดองน้ำมูตร[๔๖] ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยของภิกษุ ที่เรียกว่า นิสสัย ๔ อันได้แก่ อาหารบิณฑบาต ผ้าบังสุกุลจีวร เสนาสนะ และยาดองด้วยน้ำมูตรเน่า[๔๗] และการรักษาโดยเนยใส[๔๘]

๙) โรคปวดศีรษะ มีวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำมันทาและการใช้ยานัตถุ์ ซึ่งกรณีนี้เกิดขึ้นกับพระปิลินทวัจฉะเป็นโรคปวดศีรษะ ได้ใช้น้ำมันทาที่ศีรษะ เมื่อไม่หายก็ทำนัตถุ์ยา โดยใช้กล้องยาที่ทำด้วยกระดูก เขาสัตว์ ไม้อ้อ ไม้ไผ่ ยาง ผลไม้ โลหะ และเปลือกสังข์อย่างใดอย่างหนึ่ง[๔๙]

๑๐) โรคที่เกิดจากความร้อนความหนาว การบำบัดความหนาว ความหนาวที่เกิดจากการอาพาธหรือเป็นไข้ ใช้ยารักษาได้

จากข้อมูลในเบื้องต้นแสดงถึงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดโรคตามชนิดของโรคที่กำเริบขึ้น สามารถสรุปได้ดังนี้

---

[๔๓]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๗.

[๔๔]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๕/๕๐.

[๔๕]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๐/๔๓.

[๔๖]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๙/๖๒.

[๔๗]วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๒๘/๑๙๗.

[๔๘]พระเจ้าจัณฑปัชโชตแห่งนครอุชเชนี ทรงประชวรเป็นโรคผอมเหลือง หมอชีวกโกมารภัจได้เข้าไปเฝ้าตรวจดูพระอาการแล้วได้กราบทูลว่า การรักษาพระองค์จะต้องเสวยเนยใสที่ได้หุงแล้ว แต่เนยใสนั้นสำหรับพระเจ้าจัณฑปัชโชตแล้วไม่ทรงเสวย จึงบอกให้หมอหลีกเลี่ยงตัวยาที่ประกอบด้วยเนยใส แต่โรคนี้จะต้องรักษาด้วยเนยใสเท่านั้น ด้วยความฉลาดหมอจึงคิดอุบายหุงเนยใสให้มีสี กลิ่น รส เหมือนน้ำฝาด ผสมกับเภสัชนานาชนิด ให้พระองค์เสวยจนหายประชวร; วิ.ม. (ไทย) ๕/๓๓๔/๑๙๑.

[๔๙]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๖/๕๒-๕๔.

๑) การรักษาด้วยการควบคุมการบริโภคอาหาร

อาหารความหมายโดยทั่วไป หมายถึง สิ่งหล่อเลี้ยงร่างกายให้มีกำลัง ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค ท่านให้คำจำกัดความไว้ว่า สภาพนำกาลังมาให้ คือ นำโอชารสมาด้วย[๕๐] ความหมายตามภาษาบาลีว่า อาหาร ซึ่งมาจากรากศัพท์คือ หรฺ ธาตุ ในความหมายว่านำไป มีวิเคราะห์ว่า “อาหรติ พลายูนีติ อาหาโร” แปลได้ความว่า สิ่งที่นำมาซึ่งกำลังและอายุ[๕๑] หมายถึง ของกิน สิ่งที่จะพึงกลืนกิน ในอรรถกถาได้อธิบายไว้ว่า “อาหาร ได้แก่ ปัจจัย เพราะปัจจัยนำผลมาให้ตน ฉะนั้น ปัจจัยจึงเรียกว่า อาหาร”[๕๒] อาหารเป็นปัจจัยอันนำมาซึ่งผล เครื่องค้ำจุนชีวิต เครื่องหล่อเลี้ยงชีวิต[๕๓]

อาหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมสร้างศักยภาพทางร่างกาย เพื่อให้เกิดวามแข็งแรงในการที่ดำเนินชีวิต และแสวงหาความจริงสูงสุดในพระพุทธศาสนา ถึงกระนั้นพระพุทธศาสนาได้ให้ข้อสังเกตต่อการบริโภคอาหารเอาไว้เช่นกัน ดังปรากฏในการบริโภคอาหารพระสูตรปฐมอนายุสสาสูตร และทุติยอนายุสสาสูตร ว่า “ควรบริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย”[๕๔] ซึ่งอาหารประเภทนี้คือ “ข้าวยาคู” หรือ “ข้าวต้ม” ดังปรากฏในพระวินัยปิฎกว่า “ข้าวยาคูมีประโยชน์ทั้งในแง่ของการบรรเทาความหิว ระงับความกระหาย ทำให้ลมเดินคล่อง ชำระลำไส้ และเผาผลาญอาหารที่ยังไม่ย่อยให้ย่อยได้ง่ายยิ่งขึ้น”[๕๕] ในขณะเดียวกัน พระองค์ตรัสเตือนให้เป็นผู้รู้ประมาณในการบริโภค[๕๖] กรณีศึกษาที่ชัดเจนที่สุดในประเด็น คือการที่พระพุทธเจ้าทรงถวายคำแนะนำแก่พระเจ้าปเสนทิโกศลในขณะที่เสวยพระกระยาหารแล้วรู้สึกอึดอัดว่า “มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้จักประมาณในโภชนะที่ได้แล้ว ย่อมีเวลาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุก็ยั่งยืน”[๕๗] จากหลักการนี้พระองค์ทรงตรัสให้พระเจ้าปเสนทิโกศลดูแลรักษาสุขภาพเพื่อไม่ให้เป็นโรคอ้วน โดยการนับเมล็ดข้าวก่อนเสวยทุกครั้ง และผลจากการที่พระองค์ดำเนินตามแนวพุทธดำรัสจึงทำให้พระวรกายเข้มแข็งแรงมีพลานามัยสมบูรณ์

พระพุทธเจ้าทรงใส่ใจต่อสุขภาพกายที่สัมพันธ์กับอาหารมากเพียงใดนั้น สามารถที่จะประเมินได้จากบทพิจารณาอาหาร โดยพระองค์ได้ทรงเน้นการให้การบริโภคเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่จะเป็นเครื่องมือในเข้าถึงคุณธรรมธรรมชั้นสูงในพระพุทธศาสนา ให้ตระหนักรู้ในท่าทีของการบริโภคอาหารอย่างรู้เท่าทัน อาหารจึงเป็นเครื่องมือเพื่อให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ได้

---

[๕๐] พระพุทธโฆสะเถระ, **คัมภีร์วิสุทธิมรรค**, สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส, ๒๕๔๘), หน้า ๕๙๗.

[๕๑] พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), **ศัพท์วิเคราะห์**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: เลี่ยงเชียง, ๒๕๕๐), หน้า ๘๒.

[๕๒] ม.มู.อ. (ไทย) ๑๗/๕๖๖.

[๕๓] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์**, หน้า ๕๕๒.

[๕๔] องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๑๒๕-๑๒๖/๒๐๕-๒๐๖.

[๕๕] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๘๒/๘๙.

[๕๖] ที.ม. (ไทย) ๑๐/๙๐/๕๐-๕๑.

[๕๗] สํ.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕-๑๔๖.

และนำมนุษย์เข้าถึงเป้าหมายสูงสุด อาหารจึงทำหน้าที่ประดุจยาอีกชนิดหนึ่งในการช่วยให้ร่างกายสามารถต้านทานต่อโรคภัยไข้เจ็บที่เข้ามารุมเร้าและเบียดเบียนร่างกายมนุษย์ แม้ว่าร่างกายจะดำรงอยู่ได้เพราะอาหาร แต่ท่าทีในการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่พระองค์ทรงย้ำเตือนให้เกิดการตระหนักรู้

๒) การควบคุมการอุจจาระ พระพุทธเจ้าทรงใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพอนามัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังจะเห็นได้จากการป้องกันเชื้อโรค จึงทรงบัญญัติให้พระภิกษุสามารถสวมรองเท้าในขณะขับถ่าย ยกเว้นกรณีที่เจ็บป่วยหรือเท้าแตก[๕๘] ทรงบัญญัติในการขับถ่ายโดยห้ามมิให้พระภิกษุเบ่งแรงๆ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคริดสีดวงทวาร และโรคหัวใจวาย อีกทั้งมิให้ถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะนอกราง[๕๙]

๓) การออกกำลังกาย หมอชีวกโกมารภัจซึ่งเป็นหมอประจำพระองค์ตระหนักรู้ถึงคุณประโยชน์ของออกกำลังกาย และการอบสมุนไพร คำถามที่มักจะเกิดขึ้นตามมาคือ การออกกำลังกายในลักษณะใดที่สอดรับกับสมณสารูปมากที่สุด และเป็นไปได้ว่า หมอชีวกโกมารภัจสังเกตเห็นว่า การเดินจงกรมเป็นเครื่องมือประการหนึ่งในการปฏิบัติธรรมในอิริยาบถเดิน และในขณะเดียวกัน เป็นเครื่องมือในการออกกำลังกายด้วย จึงเป็นเหตุให้เขาได้ทูลขอให้พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตสถานที่เดินจงกรมเพื่อให้ภิกษุที่ฉันอาหารประณีตทำให้อ้วนส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ได้มีโอกาสออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคภัย ในขณะเดียวกันและใช้เรือนไฟ หรือเรือนอบสมุนไพรเพื่อบำบัดร่างกายด้วย พระพุทธเจ้าทรงพิจารณาแล้วเห็นว่าเหมาะสมทรงอนุญาตตามที่หมอชีวกทูลขอไว้ทุกประการ[๖๐] นอกจากนี้ พระพุทธเจ้าจึงตรัสถึงอานิสงส์ของการเดินจงกรมไว้ถึง ๕ ประการคือ (๑) เป็นผู้มีความอดทนต่อการเดินทางไกล (๒) เป็นผู้มีความอดทนต่อการบำเพ็ญ (๓) เป็นผู้มีอาพาธน้อย (๔) อาหารที่กิน ดื่ม เคี้ยว ลิ้มแล้วย่อยง่าย และ (๕) สมาธิที่ได้เพราะการเดินจงกรมตั้งอยู่ได้นาน[๖๑]

๔) การรักษาด้วยโอสถ พระพุทธเจ้าได้ทรงเข้าใจวิถีของโรคทางกายอันเนื่องมาจากการที่พระองค์ได้ทรงศึกษามาก่อนที่จะทรงผนวช จึงทรงอนุญาตให้ใช้ "เภสัช ๕" ซึ่งเป็นตัวยาพื้นฐานสำคัญในการรักษาโรคเบื้องต้น คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และน้ำอ้อย เป็นได้ทั้งยาและมีคุณประโยชน์ทางโภชนาการทรงอนุญาตให้ภิกษุที่อาพาธด้วยโรคผอมเหลืองฉันอาหารไม่ได้รับประเคนเก็บไว้ฉันได้นาน ๗ วัน และฉันได้ตลอดเวลา[๖๒] ในขณะเดียวกัน พระองค์ทรง

---

[๕๘]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๔๖-๒๔๙/๑๓-๑๙

[๕๙]วิ.จู. (ไทย) ๗/๓๗๔/๒๔๓.

[๖๐]วิ.จู. (ไทย) ๗/๒๖๐/๓๓.

[๖๑]องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๒๙/๔๑.

[๖๒]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๒-๓๐๕/๔๕-๑๔๑.

ได้ตรัสบอกตัวยาสำหรับรักษาโรคเอาไว้จำนวนมาก ซึ่งตัวยาทั้งหมดนั้นเป็นยาจากธรรมชาติ ได้แก่

(๑) รากไม้ที่เป็นยา คือ ขมิ้น ขิงสด ว่านน้ำ ว่านเปราะ อุตพิด ข่า แฝก แห้วหมู หรือรากไม้ที่เป็นยาชนิดอื่นๆ

(๒) น้ำฝาดที่เป็นยา คือน้ำฝาดสะเดา น้ำฝาดโมกมัน น้ำฝาดขี้กา น้ำฝาดบอระเพ็ด น้ำฝาดกระถินพิมาน หรือน้ำฝาดชนิดอื่นๆ

(๓) ใบไม้ที่เป็นยา คือ ใบสะเดา ใบโมกมัน ใบขี้กา ใบแมงลัก ใบฝ้าย หรือใบไม้ที่เป็นยาชนิดอื่นๆ

(๔) ผลไม้ที่เป็นยา คือ ลูกพิลังคะ ดีปลี พริก สมอไทย สมอพิเภก มะขามป้อม ผลโกศ หรือผลไม้ที่เป็นยาชนิดอื่นๆ

(๕) ยางไม้ที่เป็นยา คือ หิงคุ ยางเคี่ยวจากหิงคุ ยางเคี่ยวจากเปลือกหิงคุ ยางจากยอดต้นตกะ ยางจากใบต้นตกะ ยางเคี่ยวจากก้านต้นตกะ กำยาน หรือยางที่เป็นยาชนิดอื่นอื่นๆ

(๖) เกลือที่เป็นยา คือ เกลือสมุทร เกลือดำ เกลือสินเธาว์ เกลือดินโปง เกลือหุง เกลือที่เป็นยาชนิดอื่นๆ

(๗) มูลโค ดินเหนียว กากน้ำย้อม ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อดับกลิ่นตัว

(๘) เขาสัตว์กอก ให้ใช้เพื่อระบายโลหิตออก เพื่อแก้โรคลมขัดยอกตามข้อ

(๙) น้ำแป้งเมล็ดผักกาด ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อชะแผล

(๑๐) ยามหาวิกัฏ ๔ ชนิดคือ คูถ มูตร เถ้า ดิน ทรงอนุญาตให้ใช้เมื่อถูกงูกัด

(๑๑) น้ำดื่มเจือคูถ ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้ยาพิษ

(๑๒) น้ำละลายจากดินติดผาลไถ ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้โดนยาแฝด

(๑๓) น้ำด่างดิบ ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้โรคท้องผูก

(๑๔) น้ำสมอดองมูตรโค ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้โรคผอมเหลือง

(๑๕) สมุนไพรหอม ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้โรคผิวหนัง

(๑๖) ยาถ่าย ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้อาการผดผื่นขึ้นตามตัว[๖๓]

(๑๗) ยาดองโลณโสวีรกะ ทรงอนุญาตให้ใช้เพื่อแก้โรคลมในท้อง[๖๔]

(๑๘) เหง้าบัวและรากบัว พระสารีบุตรใช้เพื่อแก้โรคร้อนใน[๖๕]

(๑๙) กระเทียม โดยปกติ พระพุทธเจ้าทรงห้ามฉันกระเทียม เพราะส่งกลิ่นรบกวนผู้มาฟังธรรม ครั้นทรงทราบว่าภิกษุอาพาธด้วยโรคลมเสียดท้อง ฉันกระเทียมแล้วหาย จึงทรงอนุญาตให้ฉันเฉพาะยามอาพาธ[๖๖]

---

[๖๓] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๐-๒๖๙/๔๓-๖๒.

[๖๔] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๓/๖๙.

[๖๕] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๘.

[๖๖] วิ.จู. (ไทย) ๗/๒๘๙/๗๔.

(๒๐) น้ำส้ม น้ำผึ้ง เนยใส น้ำอ้อย ทรงอนุญาตให้ใช้รวมกัน เพื่อเป็นยาสำหรับรักษาโรคลงแดง[๖๗]

๕) การผ่าตัด วิธีการผ่าตัดเป็นวิธีการขั้นสุดท้ายที่พระพุทธเจ้าทรงนำเสนอในการรักษาสุขภาพร่างกายในกรณีที่ใช้วิธีการทั้ง ๔ ประการข้างต้นเพื่อรักษา และบำบัดแล้วไม่สามารถจะรักษาโรคให้หายขาดได้ ดังจะเห็นได้จากการที่พระองค์ให้ทรงให้แนวทางการว่า การผ่าตัดสมอง และการผ่าตัดลำไส้ ปรากฏอยู่ในหมู่คฤหัสถ์ ทรงพุทธานุญาตให้ภิกษุผ่าตัด[๖๘] พร้อมกันนี้ กรณีที่พระภิกษุอาพาธด้วยโรคฝี ทรงอนุญาตให้ทำการผ่าตัดเนื้องอกของพระภิกษุที่อาพาธเป็นเนื้องอกที่ยื่นออกมา[๖๙]

สามารถสรุปได้ว่าการดูแลรักษา การป้องกัน การเยียวยา โรคทางกายนั้น พระพุทธองค์ทรงให้แนวทางตามความจำเป็น ความเหมาะสมของโรค และสอดคล้องกับบริบททางสังคมในสมัยพุทธกาล แม้กระนั้นก็ตาม แนวการที่พระพุทธองค์ตรัสไว้นั้น ยังคงใช้ได้แม้กระทั่งทุกวันนี้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาโรคทางกาย เช่น การรักษาโรคลมตามอวัยวะโดยการเข้ากระโจมเพื่อขับเหงื่อ การรับประทานเหง้าบัวและรากบัวเพื่อแก้อาการร้อนใน ในการป้องกันเพื่ออนามัยส่วนบุคคล เช่น เวลาขับถ่ายไม่ให้เบ่งแรงเพราะจะทำให้เป็นโรคริดสีดวงทวาร การทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี นอกจากนี้แล้วในการเยียวยาโรคทางกายมีการใช้เภสัช ๕ ชนิด ได้แก่ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และน้ำอ้อย สมุนไพรที่ใช้เยียวยา ได้แก่ ยามหาวิกัฏ น้ำดื่มเจือคูถ น้ำด่างดิบ น้ำสมอดองมูตรโค เป็นต้น และวิธีการสุดท้ายคือการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีการสุดท้ายสำหรับการรักษาหากว่า การรักษาด้วยอาหาร การควบคุมการอุจจาระ การออกกำลังกาย การรักษาด้วยโอสถไม่ได้ผล หรือไม่สามารถระงับการกำเริบของโรคได้

๓.๒.๒ การรักษาโรคทางใจ

หลักการในการดูแลจิตใจให้มีสุขภาวะ หรือมีภาวะที่เป็นสุขเป็นเรื่องที่พระพุทธเจ้าทรงเน้น ในการสร้างเสริมจิตให้มีสุขภาวะต้องสร้างเสริมให้เกิดจิต ๓ ลักษณะ คือ สมรรถภาพจิตดีมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ คุณภาพจิตดีมีคุณธรรม และสุขภาพจิตดีสงบเย็น อ่อนโยนและนุ่มนวล[๗๐] การบริหารสุขภาพจิต หรือจิตที่ได้รับการฝึกฝนพัฒนาอยู่เนืองจะส่งผลโดยตรงต่อการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เจ้าของจิตมีความฉลาดทางอารมณ์ และมีท่าทีต่อผู้อื่น และสิ่งอื่นๆ

---

[๖๗]ม.มู. (ไทย) ๑๒/๔๘๕/๕๒๔.

[๖๘]วิ. ม. (ไทย) ๕/๒๖๗/๕๘.

[๖๙]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๗/๖๐.

[๗๐]พระพรหมคุณาภรณ์, (ป..อ.ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์**, หน้า ๒๘๗.

ที่เข้ามากระทบอย่างรู้ทันปัจจุบันมากยิ่งขึ้น เพราะดวงจิตไม่ได้รับการรบกวนหรือยั่วยุจากปัจจัยภายนอก

๑) มุ่งมั่นที่จะมีชีวิตอยู่ ความมุ่งมั่น ตั้งใจ จนนำไปสู่การสร้างแรงบันดาลใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปนั้น เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้มนุษย์สามารถข้ามพ้นช่วงเวลาของความตายไปสู่การมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป เพราะแรงบันดาลใจจะทำหน้าที่ในการกระตุ้น "พลังใจ" ดังจะเห็นได้จากพรรษาสุดท้ายก่อนที่พระองค์จะปรินิพพาน พระองค์ทรงประชวรอย่างหนัก เกิดทุกขเวทนาอย่างแรงกล้า แต่พระองค์ทรงมีความอดทน ไม่หวาดหวั่นต่อทุกขเวทนาดังกล่าว พระองค์ทรงดำริว่า การที่เราไม่บอกอุปัฏฐาก ไม่อำลาภิกษุสงฆ์แล้วปรินิพพานนั้น ไม่เหมาะแก่เรา ทางที่ดีเราควรใช้ความเพียรขับไล่อาพาธนี้ ดำรงชีวิตสังขารต่อไป ทรงดำริเช่นนี้แล้ว จึงทรงขับไล่อาพาธนั้น ทรงดำรงชีวิตสังขารอยู่แล้ว อาพาธของพระองค์ก็สงบลง และทรงหายประชวรในที่สุด[๗๑]

๒) รักษาใจให้รู้เท่าทันกิเลส ในขณะที่โรคทางใจเกิดจากตัวแปรคือ "อกุศลมูล" ซึ่งหมายถึง ความโลภ ความโกรธ และความหลง และ ทุกข์อันเกิดจากผัสสะในขณะที่อายตนะภายในกระทบอายตนะภายนอก แล้วนำสิ่งต่างๆ ที่กระทบนั้นมาปรุงแต่สุขทุกข์ และดีชั่ว จึงทำให้เกิดการความรู้สึกชอบ โกรธ และเกลียดต่อไปอย่างไม่มีที่สุดสิ้น ทางออกที่จำเป็นต้องทำเพื่อให้สุขภาพจิตได้รับการดูแล รักษา และบำบัด คือ "การรู้เท่าทันกิเลสที่เข้ามากระทบ" พระพุทธเจ้าทรงแนะนำหลักทั่วไปในการแก้ความคิด ความดำริที่เป็นอกุศล ดังนี้ โรคโลภะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักพอ รู้จักการถือสันโดษ และรู้จักการให้ทาน[๗๒] โรคโทสะ ทรงสอนให้เป็นผู้มีความเมตตา กรุณา มุทิตา และรู้จักการให้อภัย[๗๓] โรคโมหะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักการศึกษา (สุตะ) การเจริญสติสัมปชัญญะ และการหมั่นเจริญภาวนา[๗๔]

๓) การเจริญจิตภาวนา หลักการและเครื่องมือที่จะทำให้ผู้ป่วย หรือผู้ที่ยังไม่ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และมีภูมิคุ้มกันนั้น คือ การพัฒนาสติตามแนวทางของสติปัฏฐาน ๔ ประการ สติปัฏฐานนั้นเป็นธรรมอันเป็นที่ตั้งแห่งสติ หรือ การปฏิบัติที่มีสติเป็นประธาน เป็นเครื่องมือกำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นตามความเป็นจริง คือ[๗๕] ๑) กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน ๒) เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน ๓) จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน และ ๔) ธรรมานุปัสสนาสติปัฏฐาน การตั้งสติกำหนดพิจารณาธรรมให้รู้เห็นตามความเป็นจริงว่าเป็นเพียงธรรมไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขาคือการมีสติรู้ชัดธรรมทั้งหลายได้แก่ นิวรณ์ ๕ ขันธ์ ๕ อายตนะ ๑๒ โพชฌงค์

---

[๗๑] ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๖๓-๑๖๔/๕๒-๕๓.

[๗๒] ม.มู. (ไทย) ๑๒/๘๓-๘๖/๗๒-๗๘.

[๗๓] อง.ติก. (ไทย) ๒๐/๗๐/๒๗๕-๒๗๙, อง.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๑๖๑/๒๖๕-๒๖๙.

[๗๔] ม.มู. (ไทย) ๑๒/๘๓-๘๖/๗๒-๗๘.

[๗๕] ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๗๓-๓๘๖/๓๐๑-๓๒๔.

๗ อริยสัจ ๔ ว่าคืออะไรมีในตนหรือไม่เกิดขึ้นเจริญบริบูรณ์และดับได้อย่างไรตามที่เป็นจริงของมันอย่างนั้นๆ[๗๖]

พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, รองศาสตราจารย์ ดร. ตั้งข้อสังเกตถึงการรักษาโรคด้วยการปฏิบัติธรรมไว้ว่า “การหมั่นเจริญสติ จะส่งผลทั้งทางตรงต่อการพัฒนากายกับจิตใจให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการรองรับอารมณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบจิตใจ การพัฒนาสติอย่างไม่หยุดยั้งย่อมจักสามารถรักษาโรคทางใจ ให้สามารถรู้เท่าทันกิเลสที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยไม่ตกเป็นทาส หรือการบังคับควบคุมของกิเลส”[๗๗]

การดูแลรักษา การป้องกัน การเยียวยา โรคทางกายนั้น พระพุทธองค์ทรงให้แนวทางตามความจำเป็น ความเหมาะสมของโรค และสอดคล้องกับบริบททางสังคมในสมัยพุทธกาล แม้กระนั้นก็ตาม แนวการที่พระพุทธองค์ตรัสไว้นั้น ยังคงใช้ได้แม้กระทั่งทุกวันนี้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาโรคทางกาย เช่น การรักษาโรคลมตามอวัยวะโดยการเข้ากระโจมเพื่อขับเหงื่อ การรับประทานเหง้าบัวและรากบัวเพื่อแก้อาการร้อนใน ในการป้องกันเพื่ออนามัยส่วนบุคคล เช่น เวลาขับถ่ายไม่ให้เบ่งแรงเพราะจะทำให้เป็นโรคริดสีดวงทวาร การทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี นอกจากนี้แล้วในการเยียวยาโรคทางกายมีการใช้เภสัช ๕ ชนิด ได้แก่ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และน้ำอ้อย สมุนไพรที่ใช้เยียวยา ได้แก่ ยามหาวิกัฏ น้ำดื่มเจือคูถ น้ำด่างดิบ น้ำสมอดองมูตรโค เป็นต้น และวิธีการสุดท้ายคือการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีการสุดท้ายสำหรับการรักษาหากว่า การรักษาด้วยอาหาร การควบคุมการอุจจาระ การออกกำลังกาย การรักษาด้วยโอสถไม่ได้ผล หรือไม่สามารถระงับการกำเริบของโรคได้

๓.๓ การดูแลตามหลักไตรสิกขา

พระพุทธศาสนามองชีวิตว่าเป็นสภาวธรรมที่เป็นกระแสของการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป องค์ประกอบทุกส่วนของชีวิตอิงอาศัยกันและกันดำรงอยู่ กายอาศัยจิต จิตอาศัยกาย ทั้งสองส่วนทำงานประสานสัมพันธ์กันการอาศัยกันและกัน เมื่อองค์ประกอบส่วนหนึ่งเกิดความเสื่อม เกิดความขัดข้อง ไม่ทำงานตามปกติ ก็มีผลต่อองค์ประกอบอีกส่วนหนึ่งไปด้วย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย ดังที่ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) กล่าวไว้ว่า “นามและรูปนี้อิงอาศัยซึ่งกันและกันอย่างแยกเด็ดขาดไม่ได้ ท่านอุปมาว่า เหมือนไม้สองชิ้นที่มาพิงกัน ถ้าเอาอันหนึ่งออกอีกอันหนึ่งก็ล้มไปด้วย และอย่างที่ว่าความเป็นไปของมันยังโยงไปถึงสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นต้นอีกด้วย”[๗๘] นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความสัมพันธ์ในด้านต่างเพื่อจัดการความเจ็บป่วย ไว้ว่า

---

[๗๖]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**, หน้า ๑๔๑.

[๗๗]พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, **พระพุทธศาสนากับวิทยาการสมัยใหม่**, (พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า ๒๑๙-๒๒๓.

[๗๘]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๑), หน้า ๑๑๔.

เป็นธรรมดาว่า กายกับใจนั้นเป็นสิ่งที่อาศัยกันและกัน พอกายเจ็บป่วยไม่สบาย คนทั่วไปก็มักจะพาลจิตใจไม่สบาย เศร้าหมอง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายไปด้วย และในทำนองเดียวกัน เมื่อจิตใจไม่สบายก็พลอยให้กายไม่สบายไปด้วย เริ่มต้นตั้งแต่รับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายเศร้าหมอง ผิวพรรณซูบซีด เป็นสิ่งที่เนื่องอาศัยกัน ในทางตรงกันข้าม คือในทางที่ดี ถ้าจิตใจดีสบาย บางทีก็กลับมาช่วยกาย เช่นในยามเจ็บป่วย ถ้าจิตใจสบาย เช่นมีกำลังใจ หรือจิตใจผ่องใสเบิกบาน โรคที่เป็นมากก็กลายเป็นน้อย หรือที่จะหายยากก็หายง่ายขึ้น ยิ่งถ้าหากว่ากำลังใจที่ดีนั้นมีมากถึงระดับหนึ่ง ก็ไม่เพียงแต่ให้โรคบรรเทาเท่านั้น แต่อาจจะช่วยรักษาโรคไปด้วยเลย ทั้งนี้ก็อยู่ที่ว่า จะช่วยทำใจของเราหรือรักษาใจของเราได้มากแค่ไหน[๗๙]

หลักการดูแลสุขภาพในทุกด้านหรือองค์รวมตามหลักการในทางพระพุทธศาสนานี้ หมายถึง ระบบการพัฒนา หรือดูแลรักษาให้องค์ประกอบของชีวิตทั้ง ๔ ส่วน คือ ทางกาย ศีล จิต และ ปัญญา เป็นองค์ร่วมในองค์รวมแห่งการดำเนินชีวิต ให้เป็นปัจจัยเกื้อหนุนกันในการก้าวไปสู่จุดหมายแห่งความเป็นชีวิตที่ดี ที่เรียกว่า “สุขภาวะ” เมื่อองค์รวมการดำเนินชีวิตก้าวไปในการพัฒนา หรือมีการพัฒนาอยู่ ก็เรียกว่า “องค์รวมการดำเนินชีวิตที่ดี” ระบบการพัฒนาชีวิตของมนุษย์ หรือเรียกให้สั้นว่า “ระบบการพัฒนามนุษย์” นี้ โดยสาระก็คือ การศึกษา ซึ่งเรียกว่า “สิกขา”[๘๐] หมายถึง ข้อที่จะต้องศึกษา ข้อปฏิบัติที่เป็นหลักสำหรับศึกษา หลักปฏิบัติเพื่อฝึกหัดอบรมชีวิตทั้ง ๔ ส่วน ด้วยหลักการ ๓ ประการ คือ (๑) อธิสีลสิกขา (๒) อธิจิตตสิกขา และ (๓) อธิปัญญาสิกขา[๘๑] หลักการทั้ง ๓ ประการนี้เรียกง่ายๆ ว่า ศีล สมาธิ ปัญญา[๘๒] รวมเรียกว่า “ไตรสิกขา” เป็นการพัฒนาองค์ร่วม ๓ แดน คือ (๑) การพัฒนาแดนความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เรียกว่า ศีล (๒) การพัฒนาภาวะจิต เรียกว่า สมาธิ (๓) การพัฒนาปัญญา เรียกว่าปัญญา[๘๓] การดูแลรักษาสุขภาพตามหลักไตรสิกขานี้ มีหลักการดังนี้

๑) การดูแลสุขภาพทางกาย หมายถึง การดูแลรักษาและพัฒนาสุขภาพของร่างกาย ให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ธรรมชาติ วัตถุสิ่งของ และเทคโนโลยี) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ มวลเพื่อนมนุษย์ เรียกรวมว่า “ศีล” การดูแลสุขภาพกายให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่เกื้อกูลและได้ผลดี โดยรู้จักอยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกับธรรมชาติ และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ การดูแลสุขภาพกายที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมนี้ ตามหลักไตรสิกขาเรียกว่า “ศีล” เป็นกระบวนการในเชิงปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาและพัฒนาส่วนประกอบทางกายและทาง

---

[๗๙] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **โพชฌงค์ : พุทธวิธีเสริมสุขภาพ**, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๕๒), หน้า ๒-๓.

[๘๐] ดูรายละเอียดใน พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑๐๗.

[๘๑] องฺ.ติก. (ไทย) ๒๐/๘๗-๙๑/๓๑๒–๓๒๐, ขุ.ป. (ไทย) ๓๑/๑๗๐/๒๖๗.

[๘๒] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๒๗.

[๘๓] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**, หน้า ๑๐๘.

สังคม การดูแลรักษาสุขภาพในแดนความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม ที่เรียกว่า ดังนี้

(๑) ดูแลป้องกันร่างกายจากสภาพแวดล้อมด้วยการสวมใส่อาภรณ์ที่ดี มีความสะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อให้ความอบอุ่นต่อร่างกาย ป้องกันความหนาว ร้อน ลม แดด และสัตว์ต่างๆ มียุงเป็นต้น (เครื่องนุ่งห่ม)

(๒) ดูแลให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ ด้วยการปรนเปรอด้วยอาหาร ซึ่งต้องใช้ปัญญาไตร่ตรองว่า อาหารชนิดใดเป็นโทษและไม่เป็นโทษต่อร่างกาย (อาหาร)

(๓) ดูแลป้องกันร่างกายด้วยการสร้างอาคารที่พักอาศัยสำหรับใช้เป็นที่หลบฝน ร้อน หนาวและสัตว์ร้าย (ที่พักอาศัย)

(๔) ดูแลป้องกันร่างกายด้วยการดูแลรักษาอนามัยสุขภาพด้วยยารักษาโรคต่างๆ หรือจากแพทย์ (ยารักษาโรค)

(๕) ใช้ปัญญาพิจารณาและทำการเพื่อการคุ้มครองป้องกันการเสื่อมหรือเสียหาย หรือการเกิดอันตรายอันจะเกิดขึ้นแก่ตา หู จมูก ลิ้น และกาย ความหมายในข้อนี้ก็คือ ใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกายอย่างระมัดระวัง

(๖) หมั่นฝึกฝน พัฒนาการใช้อินทรีย์ทั้ง ๕ ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต คือ ใช้อินทรีย์ทั้ง ๕ อย่างเป็นกุศลกรรม หลักในข้อนี้อาจเรียกสั้นๆ ว่า “การกิน อยู่ ดู ฟัง เป็น”

(๗) การดูแลร่างกายด้านการสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคม ด้วยการใช้ปัญญาไตร่ตรอง เรียนรู้มารยาทสังคม การวางท่าที เป็นต้น เหตุที่การกระทำดังกล่าวมีส่วนต่อสุขภาพทางกายก็เพราะว่า การไม่รู้จักมารยาท ไม่รู้จักท่าทีที่ควรปฏิบัติในกาละและเทศะนั้นๆ อาจจะทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการประทุษร้ายของผู้อื่นได้

๒) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ หลักในการดูแลจิตใจให้มีสุขภาวะหรือมีภาวะที่เป็นสุขเป็นเรื่องที่พระพุทธเจ้าทรงเน้น ในการสร้างเสริมจิตให้มีสุขภาวะต้องสร้างเสริมให้เกิดจิต ๓ ลักษณะ คือ (๑) จิตมีสมรรถภาพ คือ มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ (๒) จิตที่มีคุณภาพ หรือมีคุณธรรม (๓) จิตที่มีสุขภาพดี คือ มีความโปร่งโล่ง ไม่มีความเครียด มีความสงบ เย็น อ่อนโยน นุ่มนวล โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ๓ ลักษณะ มีรายละเอียดดังนี้[๘๔]

ประการที่ ๑ หลักการดูแลใจให้มีสมรรถภาพ ได้แก่ การฝึกใจให้มีสมาธิเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ ต้องฝึกสติ และวิริยะให้เกิดกับจิตตลอดเวลา จิตจึงจะมีสมรรถภาพตามต้องการ

ประการที่ ๒ หลักการดูแลใจให้มีคุณภาพ ได้แก่ หมั่นฝึกใช้คุณธรรมหรือปลูกธรรมะในใจอยู่เสมอ โดยเริ่มตั้งแต่คุณธรรมที่ทำให้ใจมีความประณีตงดงาม เช่น มีความเมตตา มีศรัทธา มีความกตัญญูกตเวที เป็นต้น

---

[๘๔]พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **ธรรมกับการพัฒนาชีวิต**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙), หน้า ๑๖-๑๗.

ประการที่ ๓ หลักการดูแลใจให้มีสุขภาพ ได้แก่ การทำให้ใจมีความสุข มีความสบาย มีความเบิกบาน มีปีติ มีความอิ่มใจ มีปราโมทย์ ซึ่งวิธีการทำให้ใจเกิดภาวะที่เรียกว่า "สุขภาพ" ดังกล่าวนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การได้ทำสิ่งที่ใจรักและสิ่งที่ใจรักเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อสังคม หรือการนั่งสมาธิเพื่อทำให้ใจสงบเย็น ก็เป็นวิธีหนึ่ง แต่วิธีที่พระพุทธเจ้าทรงแนะนำให้พระภิกษุใช้มากที่สุด คือ อานาปานสติ[๘๕]

๓) การดูแลสุขภาพทางปัญญา การดูแลสุขภาพทางปัญญาเป็นการดูแลที่สอนให้พิจารณาในสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้ ความรู้ทั่ว ความเข้าใจ ความรู้ซึ้ง มีความเจริญก้าวหน้า ไม่ให้เสื่อมถอย และไม่ให้เกิดปัญญาทราม หลักในการดูแลสร้างเสริมและพัฒนาปัญญาโดยทั่วไปมี ๓ ประการ คือ

(๑) สุตมยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการฟัง ได้แก่ การสร้างเสริมปัญญาด้วยการสดับรับฟังข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ที่เผยแพร่โดยสื่อต่างๆ ทั้งทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุโทรทัศน์ และจากบุคคล เช่น บิดามารดา ครูอาจารย์ บัณฑิต นักปราชญ์ เป็นต้น

(๒) จินตามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการคิด ได้แก่ สร้างเสริมปัญญาด้วยการคิดพิจารณา วิเคราะห์ วินิจฉัย สืบค้นต้นเหตุปัจจัยของข้อมูล ข่าวสาร เรื่องต่างๆ ที่รับเข้ามา เพื่อคัดกรองเอาส่วนที่ถูกต้อง ดีงาม และเป็นประโยชน์ต่อการใช้ในการดำเนินชีวิตหรือต่อการพัฒนาชีวิตให้ก้าวหน้ายิ่งๆ ขึ้นไป

(๓) ภาวนามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการอบรม ได้แก่ สร้างเสริมปัญญาด้วยการฝึกอบรมลงมือปฏิบัติในสิ่งที่คิดพิจารณาวิเคราะห์และวินิจฉัยแล้วนั้น จนกระทั่งสามารถหยั่งรู้ถึงภาวะของชีวิตและโลกตามความเป็นจริง[๘๖]

หลักการดูแลสุขภาพตามหลักสิกขาทั้ง ๓ ประการดังกล่าวนั้น ต่างส่งเสริมเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยข้อปัญญาจะเข้าไปมีบทบาทต่อหลักการทุกข้อ ปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง บางทีอาจเป็นด้วยเหตุทำนองนี้ ท่านจึงให้เรื่องปัญญาขึ้นต้นในหลักอริยมรรคมีองค์ ๘ คือ ในการดับทุกข์เบื้องต้น มนุษย์ต้องมีสัมมาทิฏฐิ (ความเห็นชอบ) และสัมมาสังกัปปะ (ความดำริชอบ) ก่อน[๘๗] ในการฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาและพัฒนาชีวิตทั้ง ๔ มิติด้วยหลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา ทั้ง ๓ กระบวนการนี้ จะต้องอาศัยซึ่งกันและกัน ถ้าอย่างใดอย่างหนึ่งไม่พร้อม หรือไม่ร่วมประสานก็จะทำให้กระบวนการฝึกไม่ได้ผลดี เช่น ในการฝึกระเบียบวินัย ถ้าจิตใจของผู้ถูกฝึกไม่มีความสุข ทำให้เกิดการฝืนใจขึ้น ก็เสียองค์ประกอบ การฝึกนั้นมีความ โน้มเอียงที่จะได้ผลยาก แต่ถ้าในการฝึกพฤติกรรมนั้นจิตใจของผู้ถูกฝึกมีความพึงพอใจ มีความสุขในการกระทำพฤติกรรมนั้น พฤติกรรมนั้นก็จะมั่นคง ยิ่งถ้าเขาได้มีปัญญามองเห็นคุณค่าของการฝึกพฤติกรรมนั้นว่า เป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า เกื้อกูล เป็นประโยชน์ด้วย ก็จะ

---

[๘๕]วิ.มหา. (ไทย) ๑/๑๖๕-๑๖๖/๑๓๖–๑๓๘.

[๘๖]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๗๑.

[๘๗]ที.ม. (ไทย) ๑๐/๓๒๙/๒๕๗–๒๕๘, ๔๐๒/๓๓๕–๓๓๘.

ยิ่งมีความมั่นคงและมั่นใจ พร้อมทั้งมีความสุขในการทำพฤติกรรมนั้นมากยิ่งขึ้นไปอีก ดังนั้นการฝึกอบรม หรือพัฒนาแดน ทั้ง ๓ แดน ที่เรียกว่า “ไตรสิกขา” จึงต้องมีความสัมพันธ์กัน[๘๘]

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตมีการรู้จักดัดแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของตน และ เป็นสิ่งมีชีวิตที่พยายามอยู่เหนือกฎเกณฑ์ของสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม การดำรงชีวิตของมนุษย์ที่สมบูรณ์มีความต้องการได้รับการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย และ ด้านจิตใจ โดยจะต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ พระพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศวิทยามาตั้งแต่อดีต คือตั้งแต่การถือกำเนิดของพระศาสดาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น การที่พระพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศวิทยาอย่างนี้ คงไม่ใช่เรื่องบังเอิญและไม่ใช่เรื่องที่ไม่มีนัยสำคัญเสียทีเดียว แต่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นโดยความจงใจ และมีนัยสำคัญสถานที่ที่สมบูรณ์ด้วยสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติโดย เฉพาะต้นไม้ใบหญ้า แม่น้ำ ลำธาร เสียงสัตว์ ดอกไม้นานาพรรณ ถือเป็นปฏิรูปเทศ (ถิ่นที่เหมาะสม) เพราะมีอากาศที่บริสุทธ์ ช่วยดูดซับสิ่งมีพิษออกจากร่างกายมนุษย์ เมื่อเกิดการสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น กาย ย่อมมีส่วนเกื้อกูลให้เกิดความสบายใจ เกิดความร่มเย็นในจิตใจ[๘๙]

๓.๔ กรณีตัวอย่างการดูแลรักษาตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา

ในการนำเสนอเรื่องกรณีตัวอย่างการดูแลรักษาที่ปรากฏในคัมภีร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากพระไตรปิฎก โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะในกรณีของพระพุทธองค์เท่านั้น ยังนำเสนอเรื่องราวของพุทธสาวกในครั้งพุทธกาล และได้เลือกกรณีที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับการค้นคว้าของผู้วิจัย ตัวอย่างการดูแลรักษาสุขภาพของพระภิกษุหรือนักบวชในพระพุทธศาสนา แบ่งได้เป็น ๒ ลักษณะ คือ (๑) การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะปกติ และ (๒) การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่ไม่ปกติ หรือมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๓.๔.๑ การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะปกติ

การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะปกติ กล่าวคือ เมื่อร่างกายยังไม่เกิดอาพาธอะไร หรือจิตใจยังไม่เกิดภาวะผิดปกติอะไร ในที่นี้ขอนำกรณีตัวอย่างหลักคำสอนในพระไตรปิฎกมานำเสนอ เป็นกรณีตัวอย่าง คือ

๑) การรับประทานอาหารเท่าที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ถ้าบริโภคมากเกินไปจะส่งผลต่อร่างกาย เกิดอาการอึดอัด ดังกรณีพระเจ้าปเสนทิโกศลเสวยพระกระยาหารแล้ว

---

[๘๘]พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **จะพัฒนาคนกันได้อย่างไร,** พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙), หน้า ๔๗.

[๘๙]พระศรีคัมภีรญาณ (สมจินต์ สมฺมาปญฺโญ), “สำรวจสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศวิทยาในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”, ใน **พุทธธรรมกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ,** พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: ๒๑ เซ็นจูรี่, ๒๕๕๔) : ๓๕๙.

รู้สึกอึดอัด พระพุทธเจ้าจึงตรัสคาถาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนว่า “มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้จักประมาณในโภชนะที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุก็ยั่งยืน[๙๐]

๒) การฉันภัตตาหารอย่างรู้คุณค่าแท้-คุณค่าเทียม การบริโภคอาหารในข้อนี้มีส่วนเอื้อต่อสุขภาพในแง่ที่ว่า ช่วยป้องกันไม่ให้ละโมบในการบริโภคอาหาร ช่วยให้มีสติระลึกรู้ว่าบริโภคแค่ไหนเพียงไร และเพื่ออะไร เมื่อทำได้ก็จะทำให้ร่างกายไม่อึดอัดเพราะการย่อยอาหารที่มากเกินไป ทั้งไม่ก่อโทษให้ และช่วยให้การฝึกจิตได้ผล สุขภาพจิตก็พลอยดีไปด้วย หลักการข้อนี้ปรากฏในบทพิจารณาอาหารของพระภิกษุ ดังความที่ปรากฏใน อปริหานิยสูตร เนื้อหาที่ว่าด้วยการพิจารณาอาหาร ซึ่งสรุปความได้ว่า

(๑) ไม่บริโภคอาหารเพื่อเล่น เพื่อมัวเมา เพื่อประดับ เพื่อตกแต่ง

(๒) บริโภคอาหารเพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ เป็นไปได้ เพื่อกำจัดความเบียดเบียน (ระงับความหิว) เพื่ออนุเคราะห์การประพฤติพรหมจรรย์

(๓) การใช้อุบายในการบริโภคอาหารอย่างนี้ จักทำให้สามารถกำจัดเวทนาเก่าเสียได้ และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ร่างกายดำรงอยู่ได้ ปราศจากโทษภัย และอยู่ด้วยความผาสุก[๙๑]

๓) หมั่นเดินจงกรม และอยู่เรือนไฟ หลักการข้อนี้สืบเนื่องมาจากคำทูลขอพระพุทธานุญาตของหมอชีวกโกมารภัจ ที่กราบทูลพระพุทธเจ้าถึงอาหารที่ประณีตที่พระภิกษุฉันเข้าไปจะเกิดการหมักหมม มีโทษต่อร่างกาย ดังนั้น หมอชีวกฯ จึงทูลขอให้ทรงอนุญาตที่จงกรมและเรือนไฟ ได้แก่ เรือนอบสมุนไพร ทั้งนี้หมอชีวกฯ เชื่อว่าด้วยการทำอย่างนี้พระภิกษุจะมีอาพาธน้อย[๙๒] พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตตามที่หมอชีวกฯ ทูลขอ ส่วนการเดินจงกรมนั้นพระพุทธเจ้าตรัสบอกพระภิกษุว่ามีอานิสงส์ ๕ ประการ ใน ๕ ประการนั้น มี ๒ ข้อที่มีผลต่อสุขภาพกายโดยตรง คือ (๑) เป็นผู้มีอาพาธน้อย (๒) อาหารที่กิน ดื่ม เคี้ยว ลิ้มแล้ว ย่อยได้ง่าย[๙๓] ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเดินจงกรมเป็นวิธีการรักษาสุขภาพกายและใจที่ดีวิธีหนึ่ง

๔) การประพฤติธรรม หมายถึง การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เช่น การมีศีลบริสุทธิ์ การมีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา การละเว้นจากสิ่งที่พระพุทธศาสนาเรียกว่า อบายมุข การคบเพื่อนที่ดี (ข้อนี้เป็นเหตุต่อเนื่อง คือ ถ้ามีเพื่อนดีก็ไม่ชักชวนกิน ดื่ม เสพในสิ่งที่เป็นโทษต่อร่างกาย) การประพฤติธรรมนี้ พระพุทธศาสนาถือว่าเป็นหลักการใหญ่ ครอบคลุมหลักการที่กล่าวมาทั้งหมด ทั้งนี้เพราะธรรมมีความหมายกว้างนั่นเอง และการประพฤติธรรมยังเป็นหลักการที่ทำให้อายุยืน

---

[๙๐]สํ.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕–๑๔๖.

[๙๑]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๑๘๒/๑๔๐, องฺ.จตุกฺก. (ไทย) ๒๑/๓๗/๕๑.

[๙๒]วิ.จู. (ไทย) ๗/๒๖๐/๓๓.

[๙๓]อานิสงส์แห่งการเดินจงกรมมี ๕ ประการ คือ ๑) เป็นผู้มีความอดทนต่อการเดินทางไกล ๒) เป็นผู้มีความอดทนต่อการบำเพ็ญเพียร ๓) เป็นผู้มีอาพาธน้อย ๔) อาหารที่กิน ดื่ม เคี้ยว ลิ้มแล้วย่อยได้ง่าย ๕) สมาธิที่ได้จากการเดินจงกรมตั้งอยู่ได้นาน ; องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๒๙/๔๑.

สามารถสรุปได้ว่า การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่กายและจิตมีความปกตินั้น เป็นการดูรักษาตนเองให้ปราศจากโรค โดยมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะต่าง มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น ควบคุมการรับประทานอาหาร บริโภคอาหารอย่างรู้คุณค่า หมั่นเดินออกกำลังกาย และ หมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปจะส่งผลต่อการขับถ่าย นำไปสู่โรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ถ้ารับประทานอาหารแล้วไม่บริหารร่างกาย อาหารที่บริโภคเข้าไปอาจเกิดการย่อยสลายช้า สามารถนำไปสู่โรคร้ายได้ สำหรับการประพฤตินั้น เป็นแนวทางที่นำเสนอเพื่อการมีชีวิตที่เหมาะสม ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ เช่น การคบเพื่อน การเสพอบายมุข ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมโรคต่างๆ ก็จะสามารถกำเริบได้

๓.๔.๒ การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่ผิดปกติ

การดูแลรักษาสุขภาพในภาวะที่ไม่ปกติ กล่าวคือ เมื่อร่างกายและจิตเกิดภาวะผิดปกติเพราะเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น โรค และภัยต่างๆ อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ร่างกายและชีวิต ในสมัยพุทธกาลการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพกายและใจ ซึ่งเรียกว่า เกิดโรค[๙๔] โดยทั่วไปท่านใช้วิธีการรักษาโรค ๒ วิธี คือ (๑) การรักษาโรคโดยใช้ตัวยา ซึ่งอาจเรียกว่า รักษาด้วยเภสัช และ (๒) การรักษาโรคโดยการใช้ธรรมะ ซึ่งอาจเรียกว่า รักษาด้วยธรรมโอสถ หรือ ธรรมเภสัช ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในรายละเอียดต่อไป

๑) การรักษาโดยใช้ตัวยา

การรักษาโรคโดยวิธีนี้ ส่วนใหญ่ใช้กับการรักษาโรคทางกาย หรือ โรคที่เกิดกับรูปขันธ์ ตัวยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมัยนั้น หากกล่าวตามตำรายาที่มีบันทึกไว้ในพระไตรปิฎก มีตัวยาพื้นฐานที่สำคัญ ๕ ประการ คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และน้ำอ้อย ความจริง ยาทั้ง ๕ อย่างนี้เป็นทั้งอาหารและยา ตัวยาทั้ง ๕ เป็นยาแก้ไข้และแก้โรคดีซ่าน (อาพาธในฤดูสารท) หรือเรียกว่า ไข้เหลือง ซึ่งมีอาการซูบผอม หมองคล้ำ ซีดเหลือง เส้นเอ็นขึ้นสะพรั่ง[๙๕] นอกจากตัวยาพื้นฐานทั้ง ๕ ชนิดที่กล่าวไปนั้น ยังมีตัวยาชนิดอื่นที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตไว้อีก เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เช่น ตัวยาที่เป็นเหง้าบัวและรากบัวเพื่อใช้แก้โรคร้อนในกาย เช่น คราวหนึ่งพระสารีบุตรอาพาธเป็นโรคร้อนภายในกายก็ใช้เหง้าบัวและรากบัวเป็นยาแก้[๙๖] ตัวยาที่เป็น

---

[๙๔]คำว่า **"โรค"** ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง สภาวะที่เสียดแทง ความเจ็บป่วย อาพาธ การเป็นไข้ มีคำที่เป็นไวพจน์อีกหลายคำ คือ อาตังกะ อามยะ พฺยาธิ คทะ รุชา เคลัญญะ อาพาธะหรืออาพาธ ดูรายละเอียดใน พระมหาโมคคัลลานะ, **อภิธานวรรณนา**, แปลและเรียบเรียงโดย พระมหาสมปอง มุทิโต, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประยูรวงศ์พริ้นท์ติ้ง จำกัด, ๒๕๔๗), หน้า ๔๒๒-๔๒๓.

[๙๕]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๐-๒๖๑/๔๓-๔๕.

[๙๖]วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๘.

น้ำมันสำหรับใช้ทาศีรษะ แก้ปวดร้อนศีรษะ ตัวยาที่เป็นมูลโค ดินเหนียวและกากน้ำย้อมสำหรับใช้ดับกลิ่นตัว ตัวยาที่เป็นแป้งเมล็ดผักกาดสำหรับใช้ชะแผลที่คัน[๙๗] เป็นต้น

วิธีการรักษาโรคที่เกิดกับกายให้หาย พระพุทธเจ้าทรงแนะนำไว้หลายวิธี เช่น การทาการป้าย การหยอด การนัตถุ์ การสูดควัน (แก้โรคปวดศีรษะ) การหุงน้ำมันเพื่อใช้แก้โรคลม การเจือน้ำเมาลงในน้ำมันที่หุง แต่ไม่ให้มากเกินไปเพราะจะทำให้คนไข้เกิดอาการเมาได้ และน้ำเมาที่เจือต้องไร้สี ไร้กลิ่น และไร้รสน้ำมัน แต่ถ้าเผลอใส่น้ำมันลงไปมากเกินขนาด ให้เก็บไว้เป็นยาทาได้ การเข้ากระโจมรมเหงื่อ เพื่อแก้โรคลมตามอวัยวะ ซึ่งการ "รม" นั้นสามารถรมด้วยใบไม้ ถ้ายังไม่หายให้ใช้การรมใหญ่ คือ การเอาถ่านเพลิงใส่หลุมจนเต็ม เอาดินร่วนและทรายเป็นต้นปิดไว้ ลาดใบไม้นานาชนิดทับลงไป เอาน้ำมันทาตัวนอนบนหลุมนั้น รมร่างกายโดยการพลิกกลับไปกลับมา ถ้ายังไม่หายให้ต้มใบไม้ชนิดต่างๆ ถ้ายังไม่หายให้เอาลงอ่างน้ำ การระบายโลหิตเพื่อแก้โรคลม ขัดยอกตามข้อ อาจใช้เขาสัตว์กอก (ดูด) ระบายโลหิตออก การผ่าตัด การใช้น้ำฝาด การพอก การพันแผล การรมแผลด้วยควัน การใช้ก้อนเกลือตัดเนื้องอก การใช้ผ้าซับน้ำมันรักษาแผลทุกชนิด การดื่มน้ำเจือคูถแก้พิษ การดื่มน้ำที่ละลายจากดินรอยไถติดผาล เพื่อแก้อาพาธจากการโดนยาแฝด การดื่มด่างดิบแก้โรคท้องผูก การดื่มน้ำสมอดองมูตรโคแก้โรคผอมเหลือง การไล้ของหอมเพื่อแก้โรคผิวหนัง การดื่มยาถ่ายเพื่อแก้อาการผดผื่นขึ้นตามตัว การใช้น้ำข้าวใส การกินถั่วเขียวไม่ข้นหรือข้นเล็กน้อย การดื่มน้ำต้มเนื้อ เป็นต้น[๙๘] นอกจากนี้ยังมีกรณีตัวอย่างของการรักษาโดยใช้ตัวยา ที่เป็นแนวทางในการรักษาตามแนวทางพระพุทธศาสนา โดยสังเขปดังนี้

(๑) กรณีพระพุทธองค์พระบาทห้อพระโลหิต

พระพุทธองค์พระบาทห้อพระโลหิตเพราะว่าพระเทวทัตกลิ้งก้อนหิน ลงจากยอดเขาคิชฌกูฏ หมายใจจักให้หินทับพระพุทธองค์ขณะประทับอยู่เชิงเขา สะเก็ดหินแตกจากก้อนหินใหญ่ ตกลงมากระทบพระบาทของพระพุทธเจ้าจนห้อพระโลหิต ภิกษุทั้งหลายนำเสด็จไปประทับยังชีวกัมพวนาราม เมื่อหมอชีวกโกมารภัจ ตรวจพระอาการ ถวายการรักษาและถวายพระโอสถปรุงด้วยเครื่องยาสรรพคุณแรง ทาทั่วบริเวณพระบาท พระอาการห้อพระโลหิตหายบาดแผลหายสนิท[๙๙]

(๒) กรณีพระสารีบุตรเป็นโรคไข้ตัวร้อน

เมื่อพระสารีบุตรป่วยด้วยโรคไข้ตัวร้อน พระมหาโมคคัลลานะได้ถามว่า ก่อนนี้ท่านฉันอะไรจึงหายจากโรค พระสารีบุตรตอบว่า รักษาหายด้วยรากบัวและเง่าบัว ดังนั้นเพื่อเป็นการรักษาไข้พระมหาโมคคัลลานะจึงไป ณ ริมฝั่งสระโบกขรณีมันทา โดยมีช้างเชือกหนึ่งได้มากราบทูลถามว่าท่านประสงค์สิ่งใด พระมหาโมคคัลลานะตอบว่า ฉันประสงค์เง่าบัวและรากบัว เมื่อทราบดังนั้น ช้างเชือกนี้จึงสั่งช้างอีกเชือกหนึ่งทันทีให้ถวายเง่าบัวและรากบัว ช้างเชือกที่ถูก

---

[๙๗] ดูรายละเอียดใน วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๒–๓๐๕/๔๕–๑๔๑.

[๙๘] วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๖๖–๒๖๙/๕๒–๖๓.

[๙๙] ดูรายละเอียดใน วิ.จู. (ไทย) ๗/๓๔๑/๑๙๑-๑๙๕.

ใช้นั้นลงสู่สระโบกขรณีมันทากินี ใช้งวงถอนเหง้าบัวและรากบัวล้างน้ำให้สะอาด ม้วนเป็นห่อเข้าไปหาพระมหาโมคคัลลานะ เมื่อได้สิ่งดังประสงค์ พระมหาโมคคัลลานะน้อมเง่าบัวและรากบัวเข้าไปถวายพระสารีบุตร เมื่อพระสารีบุตรฉันเง่าบัวและรากบัวแล้ว โรคไข้ตัวร้อนก็หายทันที[๑๐๐]

(๓) กรณีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคท้องร่วง

ครั้งหนึ่งมีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคท้องร่วง นอนจมกองมูตรกองคูถของตนอยู่ เมื่อพระพุทธองค์ทรงเสด็จไปพบเข้า จึงตรัสถามว่าเหตุไฉนจึงไม่มีคนดูแลพยาบาล เมื่อทรงทราบเหตุ "เพราะข้าพระพุทธเจ้ามิได้ทำอุปการะแก่ภิกษุทั้งหลาย ฉะนั้นภิกษุทั้งหลายจึงไม่พยาบาลข้าพระพุทธเจ้า พระพุทธเจ้าข้า" พระพุทธองค์ทรงตรัสสั่งให้พระอานนท์ไปตักน้ำมาและทำการสรงน้ำพระภิกษุรูปนั้น จากนั้นพระพุทธองค์จึงสั่งให้มีการประชุมสงฆ์ เมื่อทราบความทั้งหมดแล้ว จึงได้บัญญัติไว้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลรักษาภิกษุเป็นไข้ ดังนี้

> ภิกษุทั้งหลาย พวกเธอไม่มีมารดา ไม่มีบิดา ผู้ใดเล่าจะพึงพยาบาลพวกเธอ ถ้าพวกเธอจักไม่พยาบาลกันเอง ใครเล่าจักพยาบาล ภิกษุทั้งหลาย ผู้ใดจะพึงอุปัฏฐากเรา ผู้นั้นพึงพยาบาลภิกษุอาพาธ ถ้ามีอุปัชฌายะ อุปัชฌายะพึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีอาจารย์ อาจารย์พึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีสัทธิวิหาริก สัทธิวิหาริกพึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีอันเตวาสิก อันเตวาสิก พึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌายะ ภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌายะพึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้ามีภิกษุผู้ร่วมอาจารย์ ภิกษุผู้ร่วมอาจารย์พึงพยาบาลจนตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะหาย ถ้าไม่มีอุปัชฌายะ อาจารย์ สัทธิวิหาริก อันเตวาสิก ภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌายะ หรือภิกษุผู้ร่วมอาจารย์ สงฆ์ต้องพยาบาล ถ้าไม่พยาบาล ต้องอาบัติ ทุกกฎ[๑๐๑]

๒) การใช้ธรรมะในการรักษาโรค

การใช้ธรรมะในการรักษาโรคนั้นมีปรากฏในพระไตรปิฎกและได้รับการอ้างอิงตลอดมา เช่น ในการปาฐกถาของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) เรื่อง "การแพทย์แนวพุทธ" มีความตอนหนึ่งว่า

> น่าจะตั้งข้อสังเกตไว้อย่างหนึ่งว่า หลักธรรมที่เรียกว่า โพชฌงค์นี้ สมัยหนึ่งเราใช้เป็นบทสวดสำหรับแก้โรคภัยไข้เจ็บ สำหรับสวดให้คนป่วยฟัง และถือกันมาว่าจะรักษาโรคได้ จะช่วยให้หายโรค การที่ถือกันอย่างนี้ ก็มีคติมาจากในพระไตรปิฎก มีพุทธพจน์เป็นหลักฐานโดยมีเรื่องว่า พระสาวกผู้ใหญ่ คือ พระมหากัสสปะ และพระมหาโมคคัลลานะ ได้เจ็บป่วยอาพาธขึ้นมา แล้วพระพุทธเจ้าก็ทรงสาธยาย ตรัสแจกแจงหลักธรรมเรื่องโพชฌงค์ให้ฟัง แล้วพระมหากัสสปะและพระมหาโมคคัลลานะ ก็หายจากอาพาธ แม้แต่

---

[๑๐๐] ดูรายละเอียดใน วิ.ม. (ไทย) ๕/๒๓๘/๗๖-๗๗.

[๑๐๑] วิ.ม. (ไทย) ๕/๓๖๕/๒๔๐-๒๔๑.

เมื่อพระพุทธเจ้าเองประชวร ก็ยังตรัสให้พระมหาจุนทะมาสาธยายโพชฌงค์ถวาย และพระพุทธองค์ก็ทรงหายจากอาพาธเช่นเดียวกัน ได้กล่าวแล้วว่า ในโพชฌงค์นั้นมีองค์ประกอบ คือ ปัสสัทธิ เป็นธรรมสำคัญอย่างหนึ่ง ปัสสัทธิ ก็คือ ความผ่อนคลายไม่เครียดที่กล่าวมานี้ น่าพิจารณาดูว่า เรื่องนี้มีความหมายและความเป็นเหตุเป็นผล ตามกฎเกณฑ์แห่งความเป็นไปตามเหตุปัจจัยอย่างไรในการที่เอามาใช้เป็นบทสวดสำหรับแก้ไขโรค”[๑๐๒]

ประเด็นสำคัญจากข้อความข้างต้นคือ แม้พระอรหันต์และพระพุทธเจ้าก็ทรงได้รับผล หรือทุกขเวทนาจากอาการอาพาธทางกาย (เบญจขันธ์) แต่เมื่อท่านเหล่านั้นได้ฟังการสาธยายโพชฌงค์[๑๐๓] ก็สามารถระงับทุกขเวทนาเหล่านั้นได้ ด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ

๑) เป็นการแก้ทุกขเวทนาทางกาย (กายิกทุกข์) ด้วยการเสวยสุขทางใจ (เจตสิกสุข) หรือบรมสุขจากการพิจารณาโพชฌงค์ (ธรรมเป็นเครื่องตรัสรู้) เพราะพระพุทธศาสนาถือว่าความสุขทางใจเป็นเลิศกว่าความสุขด้านอื่นๆ แต่ก็น่าสังเกตว่าพระอรหันต์ทั้งหลายเหล่านั้นเป็นผู้มีใจที่เสวยบรมสุขจากพระนิพพานแล้ว แต่ทำไมความสุขจากพระนิพพานกลับไม่สามารถกำจัดทุกขเวทนาได้ ฉะนั้นทุกขเวทนาที่เกิดจากเบญจขันธ์ของท่านเหล่านั้นก็ยังคงเสวยอยู่เพียงแต่ไม่มีการยึดมั่นถือมั่นในทุกข์เหล่านั้นเท่านั้น และไม่เฉพาะแต่ความทุกข์เท่านั้น แม้ความสุข (รวมทั้งนิพพานสุข) พระอรหันต์ก็ไม่ยึดมั่นถือมั่นเช่นเดียวกัน เรียกว่า “อยู่เหนือสุขและทุกข์”

๒) นิพพานสุขจัดเป็นบรมสุข เป็นความสุขขั้นสูงสุด เพราะไม่มีการยึดมั่นถือมั่นในสิ่งทั้งปวง จิตใจเป็นอิสระ ผู้ที่เข้าถึงความสุขระดับนี้ส่วนมากแล้วผ่านความสุขในระดับอื่นๆ มาแล้ว แม้แต่ความสุขในระดับฌาน ซึ่งพระอรหันต์สามารถเลือกเสวยความสุข (นิรามิสสุขหรือนิพพานสุข) เหล่านี้ได้อย่างอิสระ จะเห็นว่าพระอรหันต์บางรูปยังเลือกพักผ่อนโดยการเข้าฌานสมาบัติ หรืออย่างที่พระพุทธเจ้าทรงประทับเสวยวิมุตติสุขโดยการพิจารณาธรรมที่ได้ตรัสรู้ (นิพพานสุข) ในกรณีนี้จะเห็นว่าพระพุทธเจ้า พระมหากัสสปะ และพระมหาโมคคัลลานะเลือกที่จะพิจารณาธรรม คือ โพชฌงค์ วิธีการนี้เรียกว่า “การใช้นิพพานสุข (วิมุตติสุข) ข่มทุกขเวทนาทางกาย” แต่ประเด็นนี้ก็มีปัญหาว่า เมื่อพระอรหันต์สามารถเลือกเสวยสุขจากธรรมที่ได้ตรัสรู้แล้ว ทำไมจึงต้องให้ภิกษุรูปอื่นสาธยายให้ฟังด้วย ซึ่งประเด็นนี้น่าจะเป็นกุศโลบายในการสอน หรืออาจจะประสงค์ให้เป็นแบบอย่างแก่พระสงฆ์ในรุ่นต่อๆ ไป และที่สำคัญก็ได้ผลจริงอาจเพราะเป็นการเจริญจิตภาวนาตามไปด้วย สุขภาวะทางจิตจึงส่งผลให้โรคหายได้ เนื่องจากมีผลต่อระบบภายในร่างกาย

---

[๑๐๒]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, หน้า ๑๒๔.

[๑๐๓]โพชฌงค์ ธรรมเป็นเครื่องตรัสรู้ มี ๗ ประการ คือ (๑) สติ ความระลึกได้ (๒) ธัมมวิจยะ ความสอดส่องธรรม (๓) วิริยะ ความเพียร (๔) ปีติ ความอิ่มใจ (๕) ปัสสัทธิ ความสงบกายสงบใจ (๖) สมาธิ ความมีใจตั้งมั่น (๗) อุเบกขา ความวางเฉยเพราะเห็นตามเป็นจริง ; สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๑๙๕–๑๙๗/๑๒๘ –๑๓๑.

โพชฌงค์ ๗ เป็นธรรมเป็นองค์แห่งการตรัสรู้เป็นพระสูตร โดยมีเรื่องเล่าว่าเมื่อครั้นพระมหากัสสปะอาพาธหนักได้รับทุกขเวทนาอย่างแสนสาหัส พระพุทธองค์ก็ได้เสด็จไปตรัสเทศนาโพชฌังค์ ๗ คือ สติ ความระลึกได้ ธรรมวิจัย คือ การวิจัยข้อธรรม วิริยะ คือ ความเพียร ปีติ คือ ความเอิบอิ่มในธรรม ปัสสัทธิ คือ ความระงับ สมาธิ คือ ความตั้งใจมั่น และ อุเบกขา คือ ความวางเฉย พร้อมทั้งแสดงอานิสสงค์แห่งการเจริญโพชฌังค์ พระมหากัสสปะเมื่อได้ฟังก็เพลิดเพลินในธรรมหายอาพาธ ต่อมาพระโมคคัลลานะอาพาธพระพุทธองค์ก็เสด็จไปแสดงโพชฌังคปริตร พระโมคคัลลานะก็หายอาพาธเช่นเดียวกับพระมหากัสสปะ และแม้แต่พระพุทธองค์เองเมื่อทรงประชวร ก็ตรัสให้พระมหาจุนทะแสดงโพชฌังค์ ๗ พระองค์ก็หายประชวรเช่นกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑) พระพุทธเจ้าทรงประชวรเป็นไข้หนัก ทรงให้พระมหาจุนทะซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นพระอุปัฏฐากในขณะนั้นสาธยายโพชฌงค์ ๗ ถวาย ผลปรากฏว่าเมื่อพระมหาจุนทะสาธยายจบ พระพุทธเจ้าก็ทรงหายจากอาการพระประชวรและอาพาธนั้น[๑๐๔]

๒) พระมหากัสสปะอาพาธเป็นไข้หนักอยู่ที่ถ้ำปิปผลิคูหา พระพุทธองค์ทรงเสด็จไปเยี่ยม และตรัสพระดำรัสนี้ว่า “กัสสปะ เธอพอทนได้หรือ พอยังอัตภาพให้เป็นไปได้หรือ ทุกขเวทนาสร่างลง ไม่กำเริบหรือที่สุดของความสร่างทุกขเวทนาปรากฏ ความกำเริบไม่ปรากฏหรือ”

พระมหากัสสปะทูลว่า “ข้าพระองค์ทนไม่ได้ ยังอัตภาพให้เป็นไปไม่ได้ พระเจ้าข้า ข้าพระองค์มีทุกขเวทนาอย่างแรงกล้า ยังกำเริบ ไม่สร่างลง พระเจ้าข้า ความสิ้นสุดแห่งความกำเริบยังปรากฏ ความสร่างลงไม่ปรากฏ พระเจ้าข้า”

พระพุทธเจ้าตรัสว่า กัสสปะ โพชฌงค์ ๗ เหล่านี้ เรากล่าวชอบแล้ว อบรมแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อตรัสรู้ เพื่อนิพพาน โพชฌงค์ ๗... คือ สติสัมโพชฌงค์ ธัมมวิจยสัมโพชฌงค์ วิริยสัมโพชฌงค์ ปีติสัมโพชฌงค์ ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ สมาธิสัมโพชฌงค์ อุเบกขาสัมโพชฌงค์ เรากล่าวไว้ชอบแล้ว อันบุคคลเจริญแล้ว กระทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อความตรัสรู้เพื่อนิพพาน เมื่อจบลงท่านมหากัสสปะก็ปลื้มใจว่า โพชฌงค์ดีนัก จากนั้นหายจากอาพาธทันที[๑๐๕]

๓) พระมหาโมคคัลลานะเป็นไข้อาการหนัก มีความเจ็บปวดจนทนไม่ไหว พำนักอยู่ที่ภูเขาคิชฌกูฏ พระพุทธเจ้าก็ใช้วิธีสาธยายเรื่องโพชฌงค์ ๗ ให้ท่านฟัง เมื่อฟังจบอาการป่วยก็คลายตัวทุเลาลงจนหายเป็นปกติ[๑๐๖]

นอกจากนี้ จากกรณีของการฟังสาธยายโพชฌงค์ ๗ แล้ว ยังมีกรณีที่ใช้ธรรมในรักการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยการฟังสัญญา ๑๐ ประการ ดังกรณีของพระคิริมานนท์ สามารถอธิบายโดยสังเขป ได้ดังนี้

---

[๑๐๔]สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๑๙๗/๑๓๐–๑๓๑.

[๑๐๕]สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๑๙๕/๑๒๘–๑๒๙.

[๑๐๖]สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๑๙๖/๑๒๙–๑๓๐.

พระคิริมานนท์อาพาธหนัก พระอานนท์ไปทูลพระพุทธองค์ให้ทรงทราบ พระองค์ให้พระอานนท์เรียนสัญญา ๑๐ ประการ เพื่อให้นำไปเล่าให้พระคิริมานนท์ฟังโดยตรัสบอกว่า เมื่อฟังสัญญา ๑๐ ประการแล้วอาการอาพาธจะหายไปเอง หลังจากพระคิริมานนท์ได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการ จากพระอานนท์ อาพาธหนักของท่านก็สงบระงับไปจริงตามที่พระพุทธองค์ได้ตรัสไว้ ในข้อนี้ ความเป็นเหตุเป็นผลที่ทำให้อาการป่วยหายได้ น่าจะมาจากเนื้อหาสาระในหัวข้อธรรมนั่นเอง กล่าวคือ เนื้อหาสาระของสัญญาทั้ง ๑๐ ประการ[๑๐๗] ล้วนแต่เป็นไปเพื่อความหมดจดแห่งจิต เมื่อจิตเกิดความเบิกบานกับการพิจารณาตามก็คลายความยึดมั่นในรูปขันธ์ เมื่อจิตเป็นอิสระ บางทีพลังจิตที่เป็นอิสระอันนี้อาจเป็นพลังขับไล่อาพาธไปได้เอง

ในกรณีของพระคิริมานนท์นั้น หากท่านเป็นพระอรหันต์แล้ว ซึ่งเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สุด เหตุผลที่การสาธยายธรรมเกี่ยวกับสัญญา ๑๐ ประการนี้สามารถระงับอาการอาพาธได้ เป็นเช่นเดียวกับการฟังสาธยายโพชฌงค์ แต่หากท่านมิใช่พระอรหันต์ (ในพระไตรปิฎกและอรรถกถามิได้กล่าวถึงกรณีที่ท่านเป็นพระอรหันต์หรือไม่) อาจเป็นเพราะสัญญาทั้ง ๑๐ ประการ เป็นแนวหรือวิธีการปฏิบัติกรรมฐาน (ภาวนา) อย่างหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ (ตามประเภทของกรรมฐาน) คือ (๑) เพื่อให้ใจสงบ (สมาธิ) และ (๒) เพื่อให้เกิดสติปัญญา เห็นสังขารตามความเป็นจริง[๑๐๘] ความสุขสงบที่เกิดจากสมาธิ หรือ ฌานสุขสามารถระงับทุกขเวทนาได้ ในขณะเดียวกันสติปัญญาที่เกิดจากการพิจารณาเห็นสังขารตามความเป็นจริง ช่วยให้ละความยึดมั่นถือมั่นในกองกายสังขารได้ อันจะทำให้ทุกขเวทนาระงับได้เช่นเดียวกัน

๓) การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน

กรรมฐาน แปลว่า ฐานะแห่งการงานหรือการปฏิบัติกิจในหน้าที่ เป็นคำเรียกโดยรวมในหมวดของการปฏิบัติธรรม ประเภทหนึ่งในพระพุทธศาสนา หมวดกรรมฐานประกอบด้วย ตัวกรรมฐาน และโยคาวจร ตัวกรรมฐาน คือ สิ่งที่ถูกเพ่ง ถูกพิจารณา ได้แก่อารมณ์ต่างๆ ส่วนโยคาวจร คือ ผู้เพ่งหรือผู้พิจารณา ได้แก่ สติสัมปชัญญะและความเพียรการฝึกกรรมฐาน ว่าโดยธรรมาธิษฐาน จึงหมายถึง การใช้สติสัมปชัญญะพิจารณาอารมณ์ ที่มากระทบ เพียรหมั่นระลึกถึงกุศลและรักษากุศลนั้นอยู่มิให้เสื่อมไป

---

[๑๐๗]สัญญา ๑๐ ประการ ได้แก่ (๑) อนิจจสัญญา การกำหนดหมายความไม่เที่ยงแห่งสังขาร (๒) อนัตตสัญญา การกำหนดหมายความเป็นอนัตตาแห่งธรรมทั้งปวง (๓) อสุภสัญญา กำหนดหมายความไม่งามแห่งกาย (๔) อาทีนวสัญญา การกำหนดหมายโทษทุกข์ของกายอันมีความเจ็บไข้ต่างๆ (๕) ปหานสัญญา การกำหนดหมายเพื่อละอกุศลวิตกและบาปธรรมทั้งหลาย (๖) วิราคสัญญา การกำหนดหมายวิราคะว่าเป็นธรรมละเอียดประณีต (๗) นิโรธสัญญา การกำหนดหมายนิโรธว่าเป็นธรรมละเอียดประณีต (๘) สัพพโลเก อนภิรตสัญญา การกำหนดหมายความไม่น่าเพลิดเพลินในโลกทั้งปวง (๙) สัพพสังขาเรสุ อนิฏฐสัญญา กำหนดหมายความไม่น่าปรารถนาในสังขารทั้งปวง (๑๐) อานาปานสติ สติกำหนดลมหายใจเข้าออก ; องฺ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๘–๑๓๓.

[๑๐๘]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๕๑/๓๖๙, องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๗๓/๑๒๗.

การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน คือ การรักษาด้วยวิธีการเดินจงกรม การนั่งสมาธิ การฝึกสติ เจริญวิปัสสนากรรมฐาน เป็นการแสวงหาทางพ้นจากความทุกข์คือ การหลุดพ้นจากบ่วงเครื่องดักสัตว์คือกิเลสเครื่องทำให้จิตเศร้าหมองโดยทรงแนะนำวิธีการปฏิบัติไว้ ๒ ประการคือ สมถะและวิปัสสนา หมายถึงบังคับจิตและการรู้แจ้งจิตคือ ปัญญาญาณ ผู้ที่จะบรรลุธรรมต้องมีการสั่งสมเกี่ยวกับทาน ศีล ภาวนา (คฤหัสถ์) ศีล สมาธิ ปัญญา (บรรพชิต) การออกบวชก็ดีการเป็นคฤหัสถ์ครองเรือนก็ดีสามารถที่จะบรรลุธรรมได้เสมอกันเพียงแต่รู้จักวิธีในการฝึกจิตให้หลุดพ้นจากกามคุณ ๕ ดังนี้

(๑) สมถกรรมฐาน

สมถะกรรมฐาน คือ กรรมฐานเป็นอุบายสงบใจ ได้แก่การปฏิบัติธรรมด้วยการบริกรรม เป็นการบำเพ็ญเพียรทางจิตโดยใช้สติเป็นหลัก ไม่เกี่ยวกับการใช้ปัญญา มุ่งให้จิตสงบระงับจากนิวรณ์ซึ่งเป็นตัวขัดขวางจิตไม่ให้บรรลุความดีเป็นสำคัญ โดยมุ่งปิดกั้นนิวรณ์ไว้มิให้เกิดครอบงำจิตได้ เหมือนสร้างทำนบสร้างเขื่อนปิดกั้นน้ำไว้มิให้หลากไหลเข้ามาท่วมไร่นา เป็นอุบายวิธีที่หยุดความฟุ้งซ่านแห่งจิตซึ่งมักจะฟุ้งซ่านไปตามอารมณ์ ต่าง ๆ กล่าวคือหยุดความคิดของจิตไว้ โดยใช้สติยึดถืออารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งมาบริกรรมจนกระทั่งจิตแนบแน่นอยู่กับอารมณ์นั้น สมถะกรรมฐานเป็นพื้นฐานโดยตรงในการที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เจริญวิปัสสนากรรมฐานต่อไปโดยลำดับ และเป็นธรรมที่จะช่วยเกื้อหนุนในการเจริญวิปัสสนาสมถะกรรมฐานยังช่วยข่มกิเลสอย่างกลางให้เบาบางชั่วขณะได้อย่างดี เพื่อที่จะได้เจริญวิปัสสนาปัญญาในการที่จะประหานกิเลสเป็นเบื้องปลาย สมถะกรรมฐานมีคุณสมบัติในการข่มกิเลส วิปัสสนากรรมฐานมีคุณสมบัติในการประหานกิเลส

(๒) วิปัสสนากรรมฐาน

วิปัสสนา คือ คือ ปัญญา กิริยาที่รู้ชัด ความวิจัย ความเลือกสรร ความวิจัยธรรม ความกำหนดหมาย ความเข้าไปกำหนด ความเข้าไปกำหนดเฉพาะภาวะที่รู้ ภาวะที่ฉลาด ภาวะที่รู้ละเอียด ความรู้อย่างแจ่มแจ้ง ความค้นคิด ความใคร่ครวญปัญญาเหมือนแผ่นดิน ปัญญาเครื่องทำลายกิเลส ปัญญาเครื่องนำทาง ความเห็นแจ้ง ความรู้ดี ปัญญาเหมือนรัตนะ ความไม่หลงงมงาย ความเลือกเฟ้นธรรม สัมมาทิฏฐิ[๑๐๙] คำว่า วิปัสสนา หมายถึง การรู้แจ้ง การรู้วิเศษหรือการเห็นแจ้ง เห็นวิเศษ มี ๓ ความหมาย ได้แก่ ๑) ปัญญาที่รู้แจ้งปัจจุบัน รูปนาม ไตรลักษณ์มรรค ผล นิพพาน ๒) ปัญญาที่รู้แจ้งซึ่งวิสุทธิ์ ๗ มีศีลวิสุทธิ์ เป็นต้น ๓) ปัญญาที่รู้แจ้งวิปัสสนาญาณ ๑๖[๑๑๐] วิปัสสนากรรมฐานว่า โดยที่แท้จริง หมายถึงทั้งสมาธิและทั้งปัญญา ยิ่งไปไปกว่านั้นยังได้รวบเอาศีล ซึ่งยังไม่ใช่ตัวภาวนาเข้าไปอีกด้วยในฐานะเป็นบริวารหรือบาทฐานของสมาธิ เพื่อจะให้เข้าใจการปฏิบัติวิปัสสนา ฉะนั้นศีลกับสมาธิ จึงเป็นที่ตั้งอาศัยของวิปัสสนา

---

[๑๐๙]ดูรายละเอียดใน อภิ.สงฺ. ไทย) ๓๔/๕๕/๓๖.

[๑๑๐]ดูรายละเอียดใน พระธรรมธีรราชมหามุนี, (โชดก ญาณสิทฺธิ), **วิปัสสนาญาณโสภณ**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๘.

เพราะวิปัสสนานั้นหมายถึง การรู้แจ้งเห็นจริง[๑๑๑] เป็นการรู้เห็นจริงสภาวะธรรมตามที่เป็นจริง คือปัญญาที่เห็นความเป็นจริงของสังขารทั้งปวงว่าตกอยู่ในไตรลักษณ์คือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา แล้วถอนความยึดมั่นถือมั่นในสังขารเสียได้[๑๑๒]

วิปัสสนากรรมฐาน จึงหมายถึงการอบรมจิตให้เกิดปัญญา โดยเกิดการพิจารณาทางปัญญาจนเห็นสภาวะตามความเป็นจริงในกฎแห่งหลักไตรลักษณ์ พร้อมทั้งเข้าถึงความหลุดพ้นออกจากกิเลสตัณหาอันเป็นเหตุให้เกิดทุกข์หรือทำให้สิ้นอาสวะ ซึ่งหมายถึงการบรรลุธรรมอันสูงสุดในพระพุทธศาสนา คือการเข้าถึงนิพพานเป็นหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า โดยมีหลักการปฏิบัติด้วยวิธีวิปัสสนากรรมฐาน

(๓) สติปัฏฐาน ๔

สติปัฏฐาน ๔ เป็นวิธีการที่จะยังบุคคลผู้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานให้สามารถไปสู่เป้าหมายสูงสุดในทางพระพุทธศาสนาได้ คือ การดับทุกข์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและโดยสิ้นเชิง แม้ว่าระยะเวลาในการปฏิบัติอาจจะแตกต่างกันบ้าง ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยภายในตัวผู้ปฏิบัติเองและปัจจัยแวดล้อมภายนอก แบ่งออกเป็น ๔ ประเภท ดังนี้

(๑) พิจารณาเห็นกายในกายภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นกายในกาย ภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นกายในกายทั้งภายในและภายนอกเนืองๆ อยู่ มีความเพียรมีสัมปชัญญะ มีสติกำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก

(๒) พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นเวทนา ในเวทนาภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งภายในและภายนอกเนืองๆ อยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก

(๓) พิจารณาเห็นจิตในจิตภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นจิตในจิตภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นจิตในจิตทั้งภายในและภายนอกเนืองๆ อยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌา และโทมนัสเสียได้ในโลก

(๔) พิจารณาเห็นธรรมในธรรมภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นธรรมในธรรมภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นธรรมในธรรมทั้งภายในและภายนอกเนืองๆอยู่ มีความเพียรมีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก[๑๑๓]

หลักในการปฏิบัติกรรมฐานที่สำคัญที่สุด ก็คือ “สติ” ได้แก่ ความระลึกรู้อารมณ์ที่เป็นฝ่ายดี ยับยั้งมิให้จิตตกไปในทางชั่ว หรือความระลึกได้ที่รู้ทันอารมณ์อันเป็นฝ่ายดี ปัฏฐาน คือ ความตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ ดังนั้น สติปัฏฐาน ก็คือ ความตั้งมั่นในการระลึกรู้ อารมณ์ที่เป็น

---

[๑๑๑]พุทธทาสภิกขุ, **คู่มือมนุษย์ฉบับสมบูรณ์**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๔๑), หน้า ๑๙๘.

[๑๑๒]พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), **พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ คำวัด**, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๕๓), หน้า ๑๑.

[๑๑๓]อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๔๓๑/๒๑๑.

ฝ่ายดี มีความหมายโดยเฉพาะถึงอารมณ์อันเป็นที่ตั้งมั่นแห่งสติ ๔ ประการ ประกอบด้วย กาย เวทนา จิต ธรรม[๑๑๔]

สติปัฏฐาน ๔ ประการ แม้มิได้แสดงไว้เพื่อผลคือ การระงับความเจ็บป่วยทางกายโดยตรง แต่ผลของการปฏิบัติสามารถระงับหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางกายและใจได้ ดังที่ท่านได้แสดงว่า

> ๑) พิจารณาเห็นกายในกายอยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสในโลกได้ เมื่อเธอพิจารณาเห็นกายในกายอยู่ ความเร่าร้อนในกายที่มีกายเป็นอารมณ์เกิดขึ้นบ้าง จิตหดหู่บ้าง จิตฟุ้งซ่านไปภายนอกบ้าง ภิกษุนั้นพึงตั้งจิตไว้ที่นิมิตอันเป็นที่ตั้งแห่งความเลื่อมใสอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อเธอตั้งจิตไว้มั่นในนิมิต อันเป็นที่ตั้งแห่งความเลื่อมใสอย่างใดอย่างหนึ่ง ปราโมทย์ย่อมเกิด เมื่อมีปราโมทย์ ปีติย่อมเกิด เมื่อใจมีปีติ กายย่อมสงบ เธอมีกายสงบ ย่อมได้รับสุข เมื่อมีสุข จิตย่อมตั้งมั่น เธอพิจารณาเห็นว่า เราตั้งจิตไว้เพื่อประโยชน์ใด ประโยชน์นั้นสำเร็จแล้วแก่เรา บัดนี้เราจะคุมจิตไว้ เมื่อเธอคุมจิตไว้ ไม่ตรึก และไม่ตรอง ย่อมรู้ชัดว่า เราไม่มีวิตก ไม่มีวิจาร มีสติในภายใน มีความสุข”
>
> ๒) พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งหลาย...
>
> ๓) พิจารณาเห็นจิตในจิตทั้งหลาย...
>
> ๔) พิจารณาเห็นธรรมในธรรมทั้งหลายอยู่ มีความเพียร... เธอพิจารณาเห็นว่า เราตั้งจิตไว้เพื่อประโยชน์ใด ประโยชน์นั้นสำเร็จแล้วแก่เรา บัดนี้เราจะคุมจิตไว้ เมื่อเธอคุมจิตไว้ ไม่ตรึก และไม่ตรอง ย่อมรู้ชัดว่า เราไม่มีวิตก ไม่มีวิจาร มีสติ ในภายใน มีความสุข[๑๑๕]

จากพุทธพจน์ที่ท่านพระอานนท์นำมาแสดงแก่ภิกษุณีรูปหนึ่ง เป็นเครื่องยืนยันได้ว่า การปฏิบัติธรรม (หรือการปฏิบัติตามหลักสติปัฏฐาน ๔) จัดว่าเป็นธรรมโอสถที่สามารถดูแลรักษาสภาพแห่งกายและจิตใจในยามปกติให้มีสุขภาวะที่ดีได้ นอกจากนี้ในกรณีที่เจ็บไข้ไม่สบายก็ยังเป็นธรรมโอสถในการปฏิบัติเพื่อระงับความเจ็บป่วยทางกาย (กายิกทุกข์) หรือความทุกข์ทรมานด้วยเวทนาทางกายต่างๆ ได้ และแม้แต่ภาวะความเจ็บป่วยทางจิตก็สามารถรักษาได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตโดยตรงได้แก่การปฏิบัติตามข้อ ๓ จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน แต่ถึงกระนั้นก็ถือว่า หลักการปฏิบัติในข้ออื่นๆ เป็นเครื่องสนับสนุนในการปฏิบัติเช่นเดียวกัน เราอาจกล่าวได้ว่าหลักสติปัฏฐาน ๔ เป็นหลักการดูแลรักษาสุขภาวะแห่งชีวิตโดยองค์รวม แม้ในยามปกติและในยามที่เจ็บป่วย

---

[๑๑๔] ที.ม.อ. (ไทย) ๑๔/๒๗๖.

[๑๑๕] สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๓๗๖/๒๒๕-๒๒๗.

๓.๕ พุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลรักษาโรค

หลักธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรงสำหรับพุทธศาสนิกชน ให้สติปัญญาและสามารถนำไปปฏิบัติ พระพุทธเจ้าทรงแสดงชี้ให้มองเห็นคุณงามความดีและความสำคัญของบุคคลและสิ่งต่างๆ ชี้ให้เห็นสัจธรรม คือความจริงแท้ของชีวิตและกฎธรรมชาติ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการหลุดพ้นจากวงจรแห่งทุกข์ทั้งปวง หัวใจของพุทธศาสนาคือ ละเว้นความชั่ว หมั่นทำความดี ทำจิตใจให้บริสุทธิ์[๑๑๖] พระพุทธเจ้าทรงใช้วิธีการเผยแผ่แบบประยุกต์เข้ากับสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ทางสังคม จารีต ประเพณี ในแต่ละท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน ทรงใช้อุบายในการเลือกบุคคล รอจังหวะหรือโอกาส การสอนของพระพุทธเจ้าในแต่ละครั้ง จะมีคุณลักษณะซึ่งเรียกได้ว่า เป็นลีลาการสอน ๔ รูปแบบ คือ สันทัสสนา สมาทปนา สัมปหังสนา และ สมุตเตชนา[๑๑๗] ได้แก่

๑) สันทัสสนา ชี้แจงให้เห็นชัด คือ จะสอนอะไรก็ชี้แจงจำแนกแยกแยะอธิบายและแสดงเหตุผลให้ชัดเจน จนผู้ฟังเข้าใจแจ่มแจ้งเห็นจริงในสิ่งที่สอน ดุจชี้ให้เห็นด้วยตาตัวเอง ในแต่ละครั้งที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงธรรมจบลง จะมีคำสรรเสริญจากผู้ฟังธรรมในตอนท้ายว่า ภาษิตของพระองค์แจ่มแจ้งนัก ภาษิตของพระองค์แจ่มแจ้งนัก พระองค์ทรงประกาศธรรมโดยอเนกปริยาย เปรียบเหมือนหงายของที่คว่ำ เปิดของที่ปิด บอกทางแก่คนหลงทาง หรือส่องประทีปในที่มืดด้วยคิดว่า ผู้มีจักษุจักเห็นรูปได้[๑๑๘]

๒) สมาทปนา ชวนให้อยากรับเอาไปปฏิบัติ คือ สิ่งใดควรปฏิบัติหรือหัดทำก็แนะนำบรรยายให้ซาบซึ้งในคุณค่า มองเห็นความสำคัญที่จะต้องฝึกฝนบำเพ็ญ จนเกิดยอมรับอยากลงมือทำหรือนำไปปฏิบัติ

๓) สมุตเตชนา เร้าใจให้อาจหาญแกล้วกล้า คือ ปลุกเร้าใจให้กระตือรือร้นเกิดความอุตสาหะ มีกำลังใจแข็งขันมั่นใจที่จะทำให้สำเร็จลงได้ สู้งานไม่หวั่น ไม่กลัวเหนื่อยไม่กลัวยาก คำนึงถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธเจ้า เช่น พระจักขุปาลเถระได้ตั้งจิตอธิษฐาน ที่จะไม่จำวัดตลอดไตรมาสเพื่อปฏิบัติกรรมฐาน จนได้บรรลุพระอรหันต์พร้อมกับการแตกสลายของประสาทตา แม้นัยน์ตาของท่านจะแตกไปแต่ท่านก็ได้ทรงไว้ซึ่งพระพุทธศาสนา[๑๑๙]

๔) สัมปหังสนา ปลอบชโลมใจให้สดชื่นร่าเริง คือ บำรุงจิตใจให้แช่มชื่นเบิกบานโดยชี้ให้เห็นผลดีหรือคุณประโยชน์ที่จะได้รับ และทางที่จะก้าวหน้าบรรลุผลสำเร็จยิ่งขึ้นไป ทำให้ผู้ฟังมีความหวังและร่าเริงเบิกบานใจ เช่น ในคราวที่พระพุทธเจ้าเสด็จเข้าไปบิณฑบาตที่บ้านของอุทัยพราหมณ์ พราหมณ์ก็เอาข้าวใส่บาตรถวายแด่พระองค์...ได้ตรัสตอบพราหมณ์เป็น

---

[๑๑๖]ที.ม. (ไทย) ๑๐/๙๐/๕๐.

[๑๑๗]ดูรายละเอียดใน วิ.มหา. (ไทย) ๑/๒๒/๑๕, ที.สี. (ไทย) ๙/๓๒๒/๑๒๔.

[๑๑๘] ที.สี. (ไทย) ๙/๒๕๐/๘๕.

[๑๑๙]ขุ.ธ.อ. (ไทย) ๑/๒/๑/๑๗.

คาถาเล่นคำโดยปฏิภาณ สอดแทรกไปด้วยความร่าเริงในธรรม เป็นทำนองเตือนพราหมณ์ไม่ให้ท้อถอย เพราะการกระทำจะให้ผลได้โดยส่วนมากก็ต้องทำบ่อยๆ[๑๒๐]

พุทธวิธีในการสอนของพระพุทธเจ้านั้น พระองค์ทรงใช้รูปแบบที่ต่างกัน เพื่อความสะดวกต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสอนพุทธธรรมของพระพุทธองค์ เบื้องต้นได้ทรงกำหนดรู้ จากตัวของบุคคล ที่กำลังรับฟังการสอน ถ้าหากว่าบุคคลมีระดับสติปัญญาน้อยพระองค์ก็จะใช้วิธีสอนธรรมอีกรูปแบบหนึ่ง ถ้าผู้มีสติปัญญาแก่กล้าแล้วก็จะปรับใช้อีกวิธี เพื่อประโยชน์แก่การเผยแผ่พระพุทธศาสนาให้เจริญมั่นคง และวางรากฐานแก่พระสาวกได้เป็นแนวทางในประกาศสัทธรรมของพระองค์ นอกจากนั้นพระพุทธเจ้าทรงมีหลักในการสอนที่หลากหลาย สำหรับพุทธธรรมที่ส่งเสริมการดูแลรักษาโรคถึงแม้จะไม่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม แต่จากการศึกษาจะพบว่า พุทธธรรมที่พุทธเจ้าตรัสสอนสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาโรคได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะได้นำเสนอที่เกี่ยวข้องกับการดูแลร่างกาย จิตใจของตนเอง จนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยสังเขปดังต่อไปนี้

๓.๕.๑ อริยสัจ ๔

อริยสัจ หลักธรรมว่าด้วยความจริงอันประเสริฐ หรือความจริงของอริยบุคคล เป็นหลักธรรมที่พระพุทธเจ้าทรงตรัสรู้ และเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนา และจัดเป็นหลักธรรมที่เป็นหลักของเหตุและผลทางพระพุทธศาสนา หลักคำสอนทั้งหมดจะสรุปประมวลลงในหลักอริยสัจ ๔ ประกอบด้วยหลักธรรม ๔ อย่าง คือ ทุกขอริยสัจ (อริยสัจคือทุกข์) ทุกขสมุทยอริยสัจ (อริยสัจคือเหตุเกิดแห่งทุกข์) ทุกขนิโรธอริยสัจ (อริยสัจคือความดับทุกข์) ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทาอริยสัจ (อริยสัจคือข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์)[๑๒๑] หรือจะอธิบายในลักษณะของ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และ มรรค[๑๒๒] และในคัมภีร์พระพุทธศาสนาได้ปรากฏเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกันไว้โดยสังเขป ดังนี้

๑) ทุกข์ หรือ ทุกขอริยสัจ คือ ชาติเป็นทุกข์ ชราเป็นทุกข์ มรณะเป็นทุกข์ โสกะ ปริเทวะ ทุกข์ โทมนัสและอุปายาสเป็นทุกข์ การไม่ได้สิ่งที่ต้องการเป็นทุกข์ โดยย่อ อุปาทานขันธ์ ๕ ประการ เป็นทุกข์[๑๒๓]

ทุกข์ ด้วยอรรถว่าเป็นสิ่งบีบคั้นเป็นสิ่งถูกปรุงแต่งและเป็นสิ่งแปรผัน[๑๒๔] ทุกข์ เป็นสภาพที่ทนได้ยากสภาวะที่บีบคั้น[๑๒๕] สภาวะที่ทนได้ยากโดยทั่วไป ได้แก่สภาวะของชีวิต ความ

---

[๑๒๐]ดูรายละเอียดใน สํ.ส. (ไทย) ๑๕/๑๙๘/๒๘๖.

[๑๒๑]ดูใน ม.อุ (ไทย) ๑๔/๓๗๓-๓๗๕/๔๑๘-๔๒๑.

[๑๒๒]วิ.ม. (ไทย) ๔/๒๖/๓๓, ม.ม. (ไทย) ๑๓/๓๙๕/๔๘๘.

[๑๒๓]ม.มู (ไทย) ๑๒/๓๐๑/๓๒๙.

[๑๒๔]วิ.ม.อ. (ไทย) ๑/๑/๒๑๑.

[๑๒๕]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** พิมพ์ครั้งที่ ๑๖, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๑๕๕.

ทุกข์ของชีวิต ความเศร้าโศก และความรื่นเริงของชีวิต (ปริญเญยฺย)[๑๒๖] ความทุกข์ได้แก่ สภาพหรือสภาวะที่เกิดขึ้นแล้วทนอยู่ได้ยาก คือเมื่อสภาพทุกข์นั้นเกิดขึ้นแล้วมีการรับรู้จากการสัมผัสหรือถูกต้องก็เกิดทุกขเวทนา ซึ่งทุกขอริยสัจเป็นทุกข์ที่มนุษย์แต่ละคนเป็นผู้สร้างขึ้น กับทุกข์ที่ต้องมี ต้องเกิดอย่างแท้จริง เป็นปัญหาต่างๆ ที่ทุกคนจะต้องประสบอยู่ตลอดเวลา ความตายเป็นทุกข์ เป็นความทุกข์ที่เกี่ยวกับความตาย ความวิตกกังวลในความตาย ความกลัวที่จะตาย ความวิตกกังวลว่าจะตายที่ไหน และตายอย่างไร ปรารถนาสิ่งใดไม่ได้ในสิ่งนั้น เป็นทุกข์ เป็นความทุกข์อันเกิดแต่ความไม่สมหวัง ความไม่ได้ตามปรารถนา แม้ว่าจะสมหวังบ้างก็ยังถือว่าเป็นความทุกข์ และความทุกข์อีกนัยหนึ่งก็คือความทุกข์ที่เกิดจากความเศร้าโศกเสียใจ ความร่ำไรรำพัน ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ หรือความคับแค้นใจ รวมทั้งความโกรธและความเกลียดเป็นต้น การประกอบกับสิ่งอันไม่เป็นที่รัก เป็นทุกข์ เป็นความทุกข์อันเกิดแต่การประสบกับสิ่งที่ไม่ชอบ ไม่ถูกใจ หรือสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีใครหนีพ้นไปได้ การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก เป็นทุกข์ เป็นความทุกข์อันเกิดจากการพลัดพราก การเสื่อม การแปรปรวน การจากไป หรือการดับไป จึงเป็นการสูญเสียสิ่งต่างๆ และปรารถนาสิ่งใดไม่ได้สิ่งนั้น เป็นทุกข์ เป็นความทุกข์อันเกิดจากตั้งความหวัง หรือความปรารถนาจะได้สิ่งใดๆ แล้วไม่ได้สิ่งนั้นๆ[๑๒๗]

สรุปได้ว่า ทุกข์เป็นปัญหาต่างๆในทุกรูปแบบที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเจอทั้งปัญหาที่เกิดจากตัวเราเอง หรือ ปัญหาจากบุคคลรอบข้าง อยู่ที่ว่าปัญหานั้นจะมากน้อยเพียงใดต้องรู้เท่าทันของปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย เช่น การเกิด การเจ็บไข้ ความแก่และความตายสิ่งมีชีวิตทั้งหลายที่เกิดมาในโลกจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทุกข์ทางใจ อันเป็นความทุกข์ที่เกิดจากสาเหตุที่อยู่นอกตัวเรา เช่น เมื่อปรารถนาแล้วไม่สมหวังก็เป็นทุกข์ การประสบกับสิ่งอันไม่เป็นที่รักก็เป็นทุกข์การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลาทุกโอกาส การที่พระพุทธเจ้าทรงสั่งสอนให้ชาวพุทธได้รู้จักกับตัวความทุกข์เหล่านั้น มิได้หมายความว่าพระองค์ทรงสอนให้เรามองโลกในแง่ร้าย แต่ทรงสั่งสอนให้มองโลกตามความเป็นจริง คือ ให้รู้จักกับความเป็นจริงของโลก เพื่อประสงค์จะให้ชาวพุทธไม่ประมาทพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความเป็นจริงนั้น และสามารถที่จะหาวิธีแก้ไขปัญหาชีวิตของตนได้ทุกโอกาส

๒) สมุทัย หรือ ทุกขสมุทัยอริยสัจ หมายถึง เหตุปัจจัยหรือมูลเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดทุกข์ พระพุทธเจ้าตรัสว่า “ภิกษุทั้งหลาย ข้อนี้เป็นทุกขสมุทยอริยสัจ คือ ตัณหาอันทำให้เกิดอีกประกอบด้วยความเพลิดเพลินและความกำหนัด มีปกติให้เพลิดเพลินในอารมณ์นั้น ๆ คือ

---

[๑๒๖]Walpola Sri Rahula, **What the Buddha Taught**, 5th ed, (Thailand : Haw Trai Printing, 2006), p. 50, พระดร.ดับบลิว ราหุล, **พระพุทธเจ้าสอนอะไร**, แปลโดย รศ.ชูศักดิ์ ทิพย์เกษรและคณะ, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า ๙๖.

[๑๒๗]แสง จันทร์งาม, **อริยสัจจ์ ๔**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สร้างสรรค์บุ๊คส์, ๒๕๔๔), หน้า ๔๒-๔๗.

กามตัณหา ภวตัณหา วิภวตัณหา”[๑๒๘] สมุทัย ด้วยอรรถว่าหอบทุกข์มาให้เป็นต้นเค้า เป็นเครื่องหน่วงเหนี่ยว[๑๒๙] เหตุเกิดแห่งทุกข์ สาเหตุให้ทุกข์เกิด[๑๓๐] เป็นบ่อเกิดของทุกข์ คือ ตัณหา พร้อมทั้งกิเลสและอาสวะ และสาสวะอื่น ๆ ต้องละทิ้งและกำจัด[๑๓๑] การที่มนุษย์ประสบความทุกข์คือเกิด แก่ เจ็บ และตายนี้ เป็นผลมาจากสมุทัยคือสาเหตุของปัญหา ความทุกข์ทั้งหมดมิได้เกิดขึ้นมาลอยๆ จะต้องมีสาเหตุบางอย่างที่ทำให้ทุกข์เกิดขึ้น พระพุทธเจ้านอกจากจะทรงรู้จักตัวความทุกข์อย่างแจ่มแจ้งแล้ว ยังทรงรู้สึกถึงสาเหตุอันแท้จริงที่ทำให้เกิดความทุกข์นั้นด้วยโดยพระพุทธองค์ทรงชี้ว่า ตัณหา คือความอยากเกินพอดีที่มีอยู่ในจิตใจนั่นเอง เป็นตัวเหตุให้เกิดความทุกข์ ตัณหา นั้นมีอยู่ ๓ ประการ คือ คือ กามตัณหา ภวตัณหา และวิภวตัณหา[๑๓๒]

(๑) กามตัณหา คือ สิ่งสนองความต้องการทางประสามทั้งห้า ความอยากได้อย่างโน้นอย่างนี้ ซึ่งเกิดจากตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ เช่น ตาเห็นรูปสวยงาม ก็เกิดความอยากได้ อยากได้บ้านสวยๆ ราคาแพง อยากได้เสื้อผ้าสวยๆ อยากได้รถยนต์คันงาม เป็นต้น ความอยากทำนองนี้เป็นความอยากในสิ่งที่รักใคร่ และน่าพอใจ เป็นความอยากที่ไม่รู้จบ เมื่อไม่ได้ตามความประสงค์ก็จะเกิดทุกข์

(๒) ภวตัณหา คือ ความทะยานอยากในภาวะของตนที่จะได้ความยากเป็นอย่างโน้นอย่างนี้ เป็นความอยากได้ในตำแหน่งฐานะที่สูงขึ้นตามที่ตนรักใคร่และพอใจ เช่น อยากเป็นข้าราชการในตำแหน่งสูงๆ อยากเป็นมหาเศรษฐีและอยากเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง เป็นต้น เมื่อไม่ได้ดังใจปรารถนาก็เป็นทุกข์

(๓) วิภวตัณหา คือ ความอยากในความพรากพ้นไปแห่งตัวตนจากความเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่ปรารถนา อยากทำลาย ความอยากไม่เป็นความอยากไม่มี จัดเป็นความอยากที่ประกอบกับความเบื่อหน่ายในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยต้องการจะหลีกหนีให้พ้นจากสภาพนั้นไป[๑๓๓]

สรุปได้ว่า สมุทัย เป็นสาเหตุของปัญหาที่จะทำให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยอยู่ในลักษณะของตัณหา คือ ความอยากทั้ง ๓ ประการ เหตุของทุกข์เรามีหน้าที่อย่างไร หน้าที่ที่จะต้องทำต่อสมุทัย ก็คือสืบสาวค้นหามันให้พบ ให้รู้ว่ากระบวนการที่มันเกิดขึ้นเป็นอย่างไร แล้วละมันให้ได้ แก้ไขกระบวนการให้สำเร็จ คือ กำจัดสาเหตุของปัญหา หรือสาเหตุของความทุกข์ ไม่ใช่กำจัดปัญหา ปัญหานั้นเรากำจัดไม่ได้ เราแก้ปัญหาด้วยการกำจัดเหตุของปัญหา สมุทัยจึงเป็นขั้นตอนของการพยายามแสวงหาว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นมีสาเหตุที่แท้จริงมาจากอะไร ซึ่งปัญหาทุกปัญหาย่อมมีสาเหตุด้วยกันทั้งนั้น จึงเป็นสิ่งที่ต้องละ หรือ กำจัด

---

[๑๒๘]วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๔/๒๑.

[๑๒๙]วิ.ม.อ. (ไทย) ๑/๑/๒๑๑.

[๑๓๐]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๕๕.

[๑๓๑]Walpola Sri Rahula, **What the Buddha Taught**, p.50., พระดร.ดับบลิว ราหุล, **พระพุทธเจ้าสอนอะไร**, หน้า ๙๖.

[๑๓๒]ที.ม. (ไทย) ๑๐/๔๐๐/๓๒๙.

[๑๓๓]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๘๖.

๓) นิโรธ หรือ ทุกขนิโรธอริยสัจ หมายถึง ความจริงอันประเสริฐ คือ การดับทุกข์ เป็นการบำเพ็ญเพียรทางจิตจนบรรลุฌานด้วยการเจริญวิปัสสนาอย่างเดียว จนหลุดพ้นจากิเลส ตัณหาและอุปาทานทั้งสิ้น ซึ่งถือว่าเป็นผลของการดับทุกข์ ผลของการดับกิเลส ตัณหาและอุปาทาน อันเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันตามวงจรแห่งจิต ทำให้จิตเกิดความสุขสงบ บริสุทธิ์ ผ่องใส เบิกบาน เบากาย และเบาใจ ควรทำให้แจ้งประจักษ์แก่ตนเอง อันเป็นภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติที่ถูกต้อง ให้เข้าถึงสภาวะที่ปราศจากปัญหา หรือความทุกข์เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการ คือการดับสนิทตัณหาทั้งปวงเสียได้ พระพุทธเจ้าตรัสว่า “ภิกษุทั้งหลาย ข้อนี้เป็นทุกขนิโรธอริยสัจ คือ ความดับตัณหาไม่เหลือด้วยวิราคะ ความสละ ความสละทิ้ง ความพ้น ความไม่อาลัยในตัณหา”[๑๓๔] ด้วยอรรถว่าเป็นเครื่องสลัดออก ไม่ถูกปรุงแต่ง และเป็นอมตะ[๑๓๕] ทำหน้าที่ให้รู้แจ้ง (สจฺฉิกาตพฺพา)[๑๓๖] ได้แก่ การหมดปัญหา ภาวะที่ตัณหาดับสิ้นไป[๑๓๗]

สรุปได้ว่า นิโรธ หรือความหมดสิ้นปัญหา เป็นขั้นตอนกำหนดเป้าหมาย คือความหมดสิ้นปัญหา พร้อมกันนั้น ก็กำหนดกรรมวิธี ในการปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ แนวทาง วิธีการ และขั้นตอน เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย ตามที่วางไว้ อย่างถูกต้อง จึงจะต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่า เป็นความหมดสิ้นปัญหาที่แท้จริงหรือไม่การแก้ปัญหาสำเร็จหรือภาวะปราศจากปัญหาเป็นความมุ่งหมาย การแก้ไขปัญหาสำเร็จคืออะไร จุดหมายที่ต้องการคืออะไร เป็นสิ่งที่เป็นไปได้หรือไม่ กระบวนการแก้เป็นอย่างไร เมื่อรู้ว่ามันคืออะไรและเป็นไปได้แล้วเราก็มีหน้าที่ต่อมัน คือ บรรลุถึง หรือเข้าถึง แต่การที่จะเข้าถึงมัน คือ จะเข้าถึงจุดหมายก็ดี จะกำจัดสาเหตุของปัญหาก็ดี แก้ปัญหาได้ก็ดี จะต้องไปสู่ข้อสุดท้าย คือ มรรค

๔) มรรค หรือ ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทาอริยสัจ หมายถึง ความจริงอันประเสริฐคือทางให้ถึงความดับทุกข์ ทางปฏิบัติให้พ้นทุกข์ หรือทางปฏิบัติเพื่อดับทุกข์ หรือดับกิเลส ตัณหาและอุปาทาน ซึ่งในมรรคนี้เป็นการเรียนรู้เพื่อการเจริญ หรือควรเจริญ ควรปฏิบัติ อันเป็นกิจในมรรคที่ว่า ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทาและกระทำตามวิธีการที่จะนำไปสู่จุดหมาย ได้แก่ การลงมือแก้ไขปัญหา คือความทุกข์โดยข้อปฏิบัติเพื่อให้ถึงการดับทุกข์ ได้แก่ ปฏิบัติตามมรรคมีองค์ ๘ อันเป็นมัชฌิมาปฏิปทา (ทางสายกลาง) ซึ่งเป็นทางปฏิบัติให้พ้นทุกข์ เป็นธรรมนำออกจากทุกข์ เป็นเหตุ เป็นเครื่องชี้[๑๓๘] ปฏิปทาที่นำไปสู่ความดับแห่งทุกข์[๑๓๙] อันจะนำไปสู่การรู้แจ้งเห็นจริงในพระนิพพาน ต้องดำเนินตามและปฏิบัติตามมรรคนั้น (ภาเวตพฺพ) [๑๔๐] มรรค คือ วิธีการ

---

[๑๓๔]วิ.ม. (ไทย) ๔/๑๔/๒๑.

[๑๓๕]วิ.ม.อ. (ไทย) ๑/๑/๒๑๑.

[๑๓๖]Walpola Sri Rahula, **What the Buddha Taught**, p. 50., พระดร.ดับบลิว ราหุล, **พระพุทธเจ้าสอนอะไร**, หน้า ๙๗.

[๑๓๗]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต),**พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๕๕.

[๑๓๘]วิ.ม.อ. (ไทย) ๑/๑/๒๑๑.

[๑๓๙]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๕๕ .

[๑๔๐]Walpola Sri Rahula, **What the Buddha Taught**, p.50., พระดร.ดับบลิว ราหุล, **พระพุทธเจ้าสอนอะไร**, แปลโดย รศ.ชูศักดิ์ ทิพย์เกษรและคณะ, หน้า ๙๗.

แก้ปัญหา ส่วนประกอบสำคัญของการสอนของพระพุทธเจ้า สามารถสรุปอยู่ในสองหลักการ คือ อริยสัจ ๔ และ อริยมรรค ๘ หลักการแรกครอบคลุมด้านของหลักและตอบสนองออกมาเกี่ยวกับความเข้าใจ หลักการที่สองครอบคลุมด้านของแนวทางในทางปฏิบัติ[๑๔๑] ซึ่งมีกระบวนการดังนี้

๑) สัมมาทิฏฐิ (เห็นชอบ) คือ การเข้าไปรู้ปัญหา สาวหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา แล้วหาหนทางเพื่อการดับเหตุปัจจัยแห่งความทุกข์ได้เมื่อใด ผลคือความสงบสุขปราศจากการบีบคั้นใจ ที่ผ่านมาทางอายตนะภายในและภายนอกทั้ง ๖ ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามกฎธรรมดาแห่งธรรมชาติ แม้ความทุกข์ทางกายจะเกิดขึ้น แต่ความทุกข์ทางใจก็ไม่มี เนื่องจาก ไม่ยึดมั่นถือมั่นหรือปรุงแต่งอารมณ์ กระทำการต่างๆ ด้วยปัญญา

๒) สัมมาสังกัปปะ (ดำริชอบ) คือ ปัญญาอันดำริชอบ เป็นการดำริในการออกจากกาม ดำริในการไม่พยาบาท หรือดำริในการไม่เบียดเบียน เป็นความคิดที่ดีงาม ปราศจากความพยาบาท เป็นผู้มีเมตตา ไม่เบียดเบียนผู้อื่นให้เขาต้องเดือดร้อน พร้อมทั้งพยายามหาความสงบออกจากความสับสนวุ่นวายเกี่ยวกับเรื่องกาม บริหารจิตเจริญปัญญาให้จิตของตนมีความเจริญก้าวหน้าพร้อมที่จะนำไปประพฤติปฏิบัติ เพื่อดำเนินชีวิตในมรรคข้ออื่นๆ อีกต่อไป

๓) สัมมาวาจา (วาจาชอบ) คือเจรจาชอบ หรือวาจาชอบ อันเป็นการประพฤติดีทางวาจา ด้วยการพูดที่ไพเราะก่อให้เกิดคุณประโยชน์ พูดแล้วสบายกาย–สบายใจ ทั้งผู้พูดและผู้ฟังกล่าวโดยสรุปก็คือเว้นจากวจีทุจริต ๔ อย่างคือ พูดเท็จ พูดส่อเสียด พูดคำหยาบ และพูดเพ้อเจ้อ

๔) สัมมากัมมันตะ (การงานชอบ) คือทำการชอบ หรือทำการงานชอบ ซึ่งไม่ประพฤติผิดทางกาย ทำให้ใจ-กายสบาย ไม่มีศัตรู ใจและกายผ่องใส อันเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติขั้นสมาธิในที่สุด นั่นคือท่านให้เว้นจากกายทุจริต ๓ ประการ ได้แก่ ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักทรัพย์ และไม่ประพฤติผิดในกาม

๕) สัมมาอาชีวะ (เลี้ยงชีพชอบ) คือเลี้ยงชีวิตชอบ ได้แก่ เลี้ยงชีวิตด้วยสัมมาชีพที่สุจริต การประกอบอาชีพที่สุจริตถูกต้องตามทำนองคลองธรรมเป็นอาชีพที่ทำให้กาย ใจ ผ่องใส ปราศจากศัตรูคู่อริและบ้านเมือง

๖) สัมมาวายามะ (เพียรชอบ) คือเพียรชอบ หรือพยายามชอบ ซึ่งเป็นการปลูกความพอใจ ประครองจิตไว้ ย่อมปรารถนาความเพียรเป็นสำคัญ เป็นการตั้งความเพียรพยายามที่จะไม่ทำความชั่ว แต่เพียรพยายามที่จะสร้างแต่ความดีงาม เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ความไพบูลย์ ความเจริญยิ่งขึ้น เพียรในการปฏิบัติแก้ไขข้อบกพร่อง

๗) สัมมาสติ (ระลึกชอบ) คือระลึกชอบได้ตลอดเวลา หรือมีความรู้สึกตัวทั่วพร้อมมีสติอยู่ตลอดเวลา ระลึกว่าสิ่งใดดีสิ่งใดไม่ดี พิจารณาเห็นบาป บุญ คุณโทษ ประโยชน์และไม่ใช่ประโยชน์

---

[๑๔๑]Bhikkhu Bodhi, **The Noble Eightfold Path**, (Kandy : BPS., 1999), p.xii.

๘) สัมมาสมาธิ (ตั้งจิตมั่นชอบ) คือความตั้งใจมั่นชอบ หรือตั้งใจไว้ชอบ มีจิตที่สงบมีอารมณ์เป็นหนึ่งเดียว ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่ซัดส่ายไปตามอารมณ์ต่างๆ ปราศจากสิ่งที่รบกวนหรือสิ่งที่เศร้าหมอง ใช้ปัญญาอย่างลึกซึ้งและตรงกับความเป็นจริง[๑๔๒]

อริยมรรคมีองค์ ๘ เป็นหลักธรรมที่ส่งเสริมให้เกิดประพฤติที่เหมาะชอบ หรือ ความประพฤติที่ถูกต้องตามทำนองคลองธรรมทั้งทางกาย วาจา และใจ กล่าวคือ เป็นความประพฤติที่ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น จนเกิดกระบวนการในการพัฒนาตนเองทั้ง ๓ ด้าน ที่เรียกว่า ไตรสิกขา ได้แก่ ศีล คือ การคุมกาย สมาธิ คือ การคุมจิตให้ตั้งมั่นมั่นคง เพื่อความพร้อมในอันที่จะก้าวไปสู่ปัญญา คือการพิจารณาจนเกิดการพัฒนาที่สมบูรณ์ มรรค เป็นขั้นลงมือปฏิบัติตามกรรมวิธีตามที่ได้วางไว้ กรรมวิธีหรือวิถีทาง ที่จะนำไปสู่ความหมดสิ้นปัญหาอย่างแท้จริงตามหลักพระพุทธศาสนา

จากความหมายที่กล่าวอ้างมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า อริยสัจ ๔ เป็นหลักธรรมที่เป็นแม่บทของพระพุทธศาสนาในการแก้ปัญหาเพราะมนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วย่อมประสบกับปัญหา หรือมีปัญหาเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อมีปัญหาก็เป็นหน้าที่ของมนุษย์ที่จะต้องแสวงหาแนวทาง หรือวิธีในการแก้ปัญหาเหล่านั้น แต่การแก้ปัญหาทางพระพุทธศาสนาเป็นวิธีการที่ใช้ปัญญา หรือแก้ปัญหาตามระบบเหตุและผล ปฏิบัติกิจในอริยสัจ ๔ จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ประกอบด้วย

๑) ปริญญา หมายถึง การกำหนดรู้ ควรศึกษาให้รู้จักให้เข้าใจชัดตามสภาพที่เป็นจริง ได้แก่ การทำความเข้าใจและกำหนดขอบเขตของปัญหา

๒) ปหานะ หมายถึง การละ คือ กำจัด ทำให้หมดสิ้นไป ได้แก่ การแก้ไขกำจัดต้นตอของปัญหา

๓) สัจฉิกิริยา หมายถึง การทำให้แจ้ง คือ เข้าถึง หรือบรรลุ ได้แก่การเข้าถึงสภาวะที่ปราศจากปัญหา บรรลุจุดหมายที่ต้องการ[๑๔๓]

๔) ภาวนา หมายถึง การเจริญ คือ ควรฝึกอบรม ลงมือปฏิบัติ กระทำตามวิธีการที่จะนำไปสู่จุดหมาย ได้แก่ การลงมือแก้ไขปัญหา

สำหรับการนำหลักอริยสัจ ๔ มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จะต้องทำความเข้าใจถึงแนวทางในการดูแลตนเอง ดังนี้

๑) ต้องเข้าใจถึงปัญหาที่ตนเองได้รับนั้นคืออะไร ซึ่งเป็นประเด็นแรก จะต้องรู้ว่าตนเอง โดยใช้หลักการของ การกำหนดรู้มาบูรณาการในการตนเอง จากนั้นปฏิบัติต่อในขั้นที่ ๒ คือ การค้นหาต้นตอของโรค

---

[๑๔๒]ดูรายละเอียดใน พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ,** หน้า ๗๔๖-๙๑๕.

[๑๔๓]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๔๙.

๒) ค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคต่างๆ ย่อมจะมีสาเหตุที่ทำให้โรคนั้นเกิดขึ้น โรคเบาหวานจะมีสาเหตุมาจากทั้งทางตรงและทางอ้อม สามารถอธิบายตามชนิดของโรคเบาหวาน เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม หรือพันธุกรรม[๑๔๔] เป็นต้น

๓) ปฏิบัติตนเพื่อให้การกำเริบของโรคนั้นหมดไป เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ควบควมการบริโภคอาหารอย่างพอเหมาะ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

๔) มีความเพียรในการรักษาตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน จำเป็นจะต้องมีแนวทางในการดูแงตนเองอย่างต่อเนื่อง ลงมือปฏิบัติกระทำตามวิธีการที่จะนำไปสู่จุดหมาย เพื่อการมีชีวิตที่ดีงามต่อไป

สามารถสรุปได้ว่าในการนำหลักอริยสัจ ๔ มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จะต้องทำความเข้าใจกับโรคที่เกิดขึ้น รู้จักสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค วิธีการในการรักษาโรค และรู้จักวิธีการในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ หรือไม่ให้โรคลุกลามจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต

๓.๕.๒ อิทธิบาท ๔

อิทธิบาท แปลว่า ธรรมเครื่องให้ถึงอิทธิ (ฤทธิ์หรือความสำเร็จ) หรือธรรมที่เป็นเหตุให้ประสบความสำเร็จหรือ ทางแห่งความสำเร็จ มี ๔ อย่างคือ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา[๑๔๕] อิทธิ หมายถึง ความสำเร็จ ความสำเร็จด้วยดี กิริยาที่สำเร็จ กิริยาที่สำเร็จด้วยดี ความได้ ความได้เฉพาะ ความถึง ความถึงด้วยดี ความถูกต้อง การทำให้แจ้ง ความเข้าถึงสภาวธรรม[๑๔๖] เป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เป็นหลักในการสร้างความสำเร็จให้แก่ตนเอง สามารถนำมาใช้ในการประกอบกิจ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในหนทางที่ดี ทางสร้างสรรค์ มากกว่าความชั่วทางทำลาย อิทธิบาท ๔ มีองค์ประกอบ ดังนี้

๑) ฉันทะ แปลว่า ความพอใจ ได้แก่ ความมีใจรักในสิ่งที่ทำ และพอใจใฝ่รักในจุดหมายของสิ่งที่ทำนั้น อยากทำสิ่งนั้นๆ ให้สำเร็จ อยากให้งานนั้นหรือสิ่งนั้นบรรลุ พูดง่ายๆ ว่ารักงานและรักจุดหมายของงาน ความรักความใฝ่ใจ ปรารถนาต่อภาวะดีงามเต็มเปี่ยมสมบูรณ์ ซึ่งเป็นจุดหมายของสิ่งที่กระทำหรือซึ่งจะเข้าถึงได้ด้วยการกระทำนั้น อยากให้สิ่งนั้นๆ เข้าถึงหรือดำรงอยู่ในภาวะที่ดีที่งดงามที่ประณีต ที่สมบูรณ์ที่สุด

---

[๑๔๔]ดูรายละเอียดใน กองบรรณาธิการใกล้หมอ, **รู้ทันเบาหวาน ๑**, (กรุงเทพมหานคร: ใกล้หมอ, ๒๕๔๙), หน้า ๕๐-๖๙, สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, **คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ : การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๒), หน้า ๗-๙.

[๑๔๕]ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๘๗/๒๑๘, ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๖/๒๗๗.

[๑๔๖]อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๔๕๖/๒๕๓,

๒) วิริยะ แปลว่า ความอาจหาญ แกล้วกล้า บากบั่น ก้าวไป ใจสู้ ไม่ย่อท้อไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคและความยากลำบาก เมื่อคนรู้ว่าสิ่งใดมีคุณค่าควรแก่การบรรลุถึง ถ้าวิริยะเกิดขึ้นแก่เขาแล้ว แม้ได้ยินว่าจุดหมายนั้นจะลุถึงได้ยากนัก มีอุปสรรคมาก หรืออาจใช้เวลายาวนานเท่านั้นปีเท่านี้เดือนเขาก็ไม่ท้อถอย กลับเห็นเป็นสิ่งท้าทายที่เขาจะเอาชนะให้ได้ทำให้สำเร็จ คนที่มีความเพียร เท่ากับมีแรงหนุน เวลาทำงานหรือปฏิบัติธรรมก็ตาม จิตใจจะแน่วแน่มั่นคง พุ่งตรงต่อจุดหมาย

๓) จิตตะ แปลว่า ความคิดจดจ่อ หรือเอาใจฝักใฝ่ ได้แก่ ความมีจิตผูกพัน จดจ่ออยู่กับงานนั้น ไม่ปล่อย ไม่ห่างไปไหน

๔) วิมังสา แปลว่า ความสอบสวนไตร่ตรอง ได้แก่ การใช้ปัญญาพิจารณาหมั่นใคร่ครวญตรวจตราหาเหตุผล และตรวจสอบข้อยิ่งหย่อน เกินเลย บกพร่องหรือขัดข้อง เป็นต้น ในกิจที่ทำรู้จักทดลองและคิดค้นหาทางแก้ไขและปรับปรุง[๑๔๗]

อิทธิบาท ๔ นี้ เกื้อหนุนกัน และมักมาด้วยกัน เช่น เกิดฉันทะ มีใจรักแล้วก็ทำให้พากเพียร เมื่อพากเพียร ก็เอาใจจดจ่อใฝ่ใจอยู่เสมอ และเปิดช่องให้ใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง แต่ที่แยกพิจารณาแต่ละข้ออย่างนี้ ก็ด้วยถือเอาภาวะที่เด่นเป็นใหญ่ เป็นตัวนำ เป็นตัวชักจูงข้ออื่นๆ

สำหรับการนำหลักอิทธิบาท ๔ มาบูรณาการกับการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสม เพราะว่าในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังจะต้องใช้เวลาในการรักษา จะต้องมีใจรักในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่เจ็บป่วย มีความเพียรอย่างสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพ และ หมั่นตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สุขภาพของตนเองมีภัยคุกคามน้อยที่สุด

๓.๕.๓ อธิษฐานธรรม ๔

อธิษฐาน คือ ธรรมที่ควรตั้งไว้ในใจ ๔ ประการ ได้แก่ ๑) อธิษฐานธรรม คือ ปัญญา ๒) อธิษฐานธรรม คือ สัจจะ ๓) อธิษฐานธรรม คือ จาคะ ๔) อธิษฐานธรรม คือ อุปสมะ[๑๔๘]

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้อธิบายไว้ว่า อธิษฐานธรรม ๔ หมายถึง ธรรมเป็นที่มั่น ธรรมอันเป็นฐานที่มั่นคงของบุคคล ธรรมที่ควรใช้เป็นที่ประดิษฐานตน เพื่อให้สามารถยึดเอาผลสำเร็จสูงสุดอันเป็นที่หมายไว้ได้ โดยไม่เกิดความสำคัญตนผิด และไม่เกิดสิ่งมัวหมอง หมักหมมทับถมตน บางทีแปลว่า ธรรมที่ควรตั้งไว้ในใจ ประกอบด้วย

๑) ปัญญา : ความรู้ชัด คือ หยั่งรู้ในเหตุผล พิจารณาให้เข้าใจในสภาวะของสิ่งทั้งหลายจนเข้าถึงความจริง

---

[๑๔๗]ดูรายละเอียดใน พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, หน้า ๘๔๒-๘๔๕.

[๑๔๘]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๓๔๗/๔๐๔.

๒) สัจจะ : ความจริง คือ ดำรงมั่นในความจริงที่รู้ชัดด้วยปัญญา เริ่มแต่จริงวาจาจนถึงปรมัตถสัจจะ

๓) จาคะ : ความสละ คือ สละสิ่งอันเคยชิน ข้อที่เคยยึดถือไว้ และสิ่งทั้งหลายอันผิดพลาดจากความจริงเสียได้ เริ่มแต่สละอามิสจนถึงสละกิเลส

๔) อุปสมะ : ความสงบ คือ ระงับโทษข้อขัดข้องมัวหมองวุ่นวายอันเกิดจากกิเลสทั้งหลายแล้ว ทำจิตใจให้สงบได้[๑๔๙]

สำหรับการนำหลักอธิษฐานธรรม ๔ มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จะทำให้การกำเริบของโรคทุเลาลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้องรังส่วนมากจะละเลยในการดูแลตนเอง เมื่อมีความรู้ มีแนวทางในการปฏิบัติแล้ว จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เอาใจใส่ต่อตนเองมากขึ้น เกิดการเสียสละในสิ่งที่ตนเองบริโภคเป็นประจำ นำมาสู่การสร้างความสุขให้แก่ตนเองในที่สุด

๓.๕.๔ โยนิโสมนสิการ

โยนิโสมนสิการ ประกอบด้วย โยนิโส กับ มนสิการ โยนิโส มาจาก โยนิ ซึ่งแปลว่า เหตุ ต้นเค้า แหล่งเกิด ปัญญา อุบาย วิธี ทาง ส่วนมนสิการ แปลว่าการทำในใจ การคิด คำนึง นึกถึง ใส่ใจ พิจารณา เมื่อรวมเข้าเป็นโยนิโสมนสิการ ท่านแปลสืบๆ กันมาว่า การทำในใจโดยแยบคาย หรือการคิดถูกต้องตามความเป็นจริง มีไวพจน์อีก ๔ คำที่โยงเข้ากับโยนิโสมนสิการ คือ อุบายมนสิการ ปถมนสิการ การณ มนสิการ อุปปาทกมนสิการ โดยอาศัยการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและคิดเชื่อมโยงตีความข้อมูลเพื่อนำไปใช้ต่อไป[๑๕๐] สามารถอธิบายความหมายโดยสังเขปได้ ดังนี้

๑) หมายถึง การพิจารณาอย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น พระพุทธองค์ได้เทศนาแก่พระอริยสาวก ให้พิจารณาโดยแยบคายในการฉันอาหาร

๒) หมายถึง การมนสิการ การไตร่ตรอง การคิด ให้รอบคอบ ก่อนกล่าววาจา เช่นที่พระพุทธองค์ทรงย้ำให้มนสิการก่อนที่จะตอบ หรือ ให้ไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนกล่าวติเตียนหรือกล่าวสรรเสริญผู้อื่น

๓) หมายถึง การไตร่ตรอง การคำนึงถึงในการเล่าเรียน เนื้อความแห่ง ธรรมอย่างถูกวิธี ถูกทาง ดังเช่นพุทธพจน์แสดงว่า “ภิกษุทั้งหลาย กุลบุตรบางพวกใน ธรรมวินัยนี้ย่อมเล่าเรียนธรรม คือ สุตตะ เคยยะ เวยยากรณะ คาถา อุทาน อิติวุตตกะ ชาตกะ อัพภูตธรรม และเวทัลละ พวกเขาเล่าเรียนธรรมนั้นแล้ว ย่อมไตร่ตรองเนื้อความแห่งธรรมเหล่านั้นด้วยปัญญา”[๑๕๑]

---

[๑๔๙]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๔๙.

[๑๕๐]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, หน้า ๖๖๙.

[๑๕๑]ม.มู. (ไทย) ๑๒/๒๓๘/๒๕๔.

๔) หมายถึง การคำนึงถึงอย่างเข้าใจ ถูกทาง เพื่อการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข เช่น ไม่ควรคำนึงถึงสิ่งที่ล่วงไปแล้ว ไม่ควรหวังในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง สิ่งที่ล่วงไปแล้วให้ละ สิ่งที่ยังมาไม่ถึงก็เป็นสิ่งที่มาไม่ถึงไม่ต้องนำมาคิดคำนึง[๑๕๒]

๕) หมายถึง การใช้ความคิดอย่างถูกวิธี การใส่ใจ ใคร่ครวญ การพิจารณาโดยอุบายวิธีที่แยบคาย เช่น พิจารณาว่าไม่เที่ยงในสิ่งที่ไม่เที่ยง พิจารณาว่าเป็นทุกข์ในสิ่งที่เป็นทุกข์[๑๕๓]

นักวิชาการทางพระพุทธศาสนาได้นำข้อความจากคัมภีร์มาอธิบาย โดยท่านอธิบายตามที่คัมภีร์ชั้นอรรถกถาและฎีกาซึ่งได้ไขความไว้ โดยวิธีแสดงไวพจน์ให้เห็นความหมายแยกดังต่อไปนี้

๑) อุบายมนสิการ แปลว่า คิดหรือพิจารณาโดยอุบาย คือ คิดอย่างมีวิธี หรือ คิดถูกวิธี หมายถึง คิดถูกวิธีที่จะให้เข้าถึงความจริง สอดคล้องเข้าแนวสัจจะ ทำให้หยั่งรู้สภาวะลักษณะและสามัญลักษณะของสิ่งทั้งหลายได้[๑๕๔] ความเป็นผู้ฉลาดในการคิด คิดอย่างถูกวิธีถูกระบบพิจารณา ไตร่ตรองสาวไปจนถึงสาเหตุหรือต้นตอของเรื่องที่กำลังคิด คือคิดถึงรากถึงโคนนั่นเอง แล้วประมวลความคิดรอบด้านจนกระทั่งสรุปออกมาได้ว่าสิ่งนั้นควรหรือไม่ควร ดีหรือไม่ดี เป็นวิถีทางแห่งปัญญา เป็นธรรมสำหรับกลั่นกรองแยกแยะข้อมูลหรือแหล่งข่าว (ปรโตโฆสะ) อีกชั้นหนึ่ง เป็นบ่อเกิดแห่งสัมมาทิฐิทำให้มีเหตุผลไม่งมงาย[๑๕๕]

๒) ปถมนสิการ แปลว่า คิดเป็นทาง หรือคิดถูกทาง คือ คิดได้ต่อเนื่องเป็นลำดับ จัดลำดับได้ หรือมีลำดับ มีขั้นตอน แล่นไปเป็นแถวเป็นแนว หมายถึง ความคิดเป็นระเบียบตามแนวเหตุผล เป็นต้น ไม่ยุ่งเหยิงสับสน ไม่วกไปวนมาทำให้งง คือ คิดกระโดดไปกระโดดมา[๑๕๖]

๓) การณมนสิการ แปลว่า คิดตามเหตุ คิดค้นเหตุ คิดตามเหตุผล หรือคิดอย่างมีเหตุผล หมายถึง การคิดสืบค้นตามแนวความสัมพันธ์สืบทอดกันแห่งเหตุปัจจัย พิจารณาสืบสาวหาสาเหตุ ให้เข้าใจถึงต้นเค้า หรือแหล่งที่มาซึ่งส่งผลต่อเนื่องมาตามลำดับ

๔) อุปปาทกมนสิการ แปลว่า คิดให้เกิดผล คือ ใช้ความคิดให้เกิดผลที่พึงประสงค์ เล็งถึงการคิดอย่างมีเป้าหมาย หมายถึง การคิดพิจารณาที่ทำให้เกิดกุศลธรรม เช่น ปลุกเร้าให้เกิดความเพียร การรู้จักคิดในทางที่ทำให้หายหวาดกลัว ให้หายโกรธ การพิจารณาที่ทำให้มีสติ หรือทำให้จิตใจเข้มแข็งมั่นคง เป็นต้น[๑๕๗]

วิธีคิดแบบนี้จำแนกออกเป็น ๔ วิธี ดังนี้ (๑) จำแนกโดยแง่ด้านของความจริง คือ จำแนกตามแง่ด้านต่างๆ ตามที่เป็นอยู่จริงของสิ่งนั้นๆ และจำแนกโดยมองหรือแสดงความจริงของสิ่งนั้นๆ ให้ครบทุกแง่ทุกด้าน (๒) จำแนกโดยส่วนประกอบ คือวิเคราะห์แยกแยะออกไปให้

---

[๑๕๒]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๒๗๒/๓๑๙.

[๑๕๓]ดูรายละเอียดใน ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๑๔๙/๑๐๙.

[๑๕๔]ที.ม.อ. (ไทย) ๒/๑/๑๓๕, ๕๕๖, ๒/๒/๓๑๘ .

[๑๕๕]พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), **พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุด คำวัด**, หน้า ๑๒๓.

[๑๕๖]ที.ม.อ. (ไทย) ๒/๑/๑๓๕, ๕๕๖, ๒/๒/๓๑๘.

[๑๕๗]ที.ม.อ. (ไทย) ๒/๒/๓๔๒, ม.มู.อ. (ไทย) ๑/๑/๗๗๑.

รู้เท่าทันภาวะที่สิ่งนั้นๆ เกิดขึ้นจากองค์ประกอบย่อยๆ ต่างๆ มาประชุมกันเข้า ไม่ติดตันอยู่ภายนอกหรือถูกลวงโดยภาพรวมของสิ่งนั้นๆ เช่น แยกแยะสัตว์บุคคลออกเป็นนามและรูป เป็นขันธ์ ๕ และแบ่งซอยแต่ละอย่างๆ ออกไป จนเห็นภาวะที่ไม่เป็นอัตตา เป็นทางรู้เท่าทันความจริงของสังขารธรรมทั้งหลาย (๓) จำแนกโดยลำดับขณะ คือ แยกแยะวิเคราะห์ปรากฏการณ์ตามลำดับความสืบทอดแห่งเหตุปัจจัย ซอยออกไปเป็นแต่ละขณะๆ ให้มองเห็นตัวเหตุปัจจัยที่แท้จริง ไม่ถูกลวงให้จับเหตุปัจจัยสับสน ตัวอย่างเช่น เมื่อโจรขึ้นปล้นบ้านและฆ่าเจ้าทรัพย์ตาย คนทั่วไปอาจพูดว่า โจรฆ่าคนตายเพราะความโลภ ซึ่งแท้ที่จริงสาเหตุของการฆ่าคือโทสะ ส่วนโลภะเป็นเหตุให้ลักทรัพย์เท่านั้น (๔) จำแนกโดยมองหรือแสดงความจริงของสิ่งนั้นๆ ให้ครบทุกแง่ทุกด้าน

การพิจารณาในสิ่งต่างๆ จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถกำจัด หรือควบคุมการกำเริบของโรคได้ เพราะว่าถ้าบุคคลใดก็ตามถ้ารู้จักการควบคุมตนเองแล้วจะสามารถกำกับดูแลตนเองไม่ให้ตนเองประมาทในการดำเนินชีวิต เช่น รู้ตัวเองว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่ยอมควบคุมอาหาร หรือปล่อยน้ำหนักของตนเองเกินมาตรฐาน (อ้วน) ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม จนอาการกำเริบเกินกว่าที่ดูแลให้กลับมาสู่สภาพเดิมได้

๓.๕.๕ อปัณณกปฏิปทา

อปัณณกปฏิปทา หมายถึง ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ปฏิปทาที่เป็นส่วนแก่นสารเนื้อแท้ ซึ่งจะนำผู้ปฏิบัติให้ถึงความเจริญงอกงามในธรรม เป็นผู้ดำเนินอยู่ในแนวทางแห่งความปลอดพ้นจากทุกข์อย่างแน่นอนไม่ผิดพลาด[๑๕๘] ประกอบด้วย

๑) อินทรียสังวร การสำรวมอินทรีย์ คือ ระวังไม่ให้บาปอกุศลธรรมครอบงำใจ เมื่อรับรู้อารมณ์ด้วยอินทรีย์ทั้ง ๖ การสำรวมอินทรีย์ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การคุ้มครองทวาร (เรียกเต็มว่า คุ้มครองทวารในอินทรีย์ทั้งหลาย) หมายถึง การมีสติพร้อมอยู่เมื่อรับอารมณ์มีรูป เป็นต้นด้วยอินทรีย์มีตาเป็นอาทิ คือไม่ปล่อยใจไปตามนิมิตหมายต่างๆ อันจะเป็นเหตุให้เกิดความติดพันขุ่นเคือง ชอบใจ ไม่ชอบใจ แล้วถูกอกุศลธรรมเข้าครอบงำจิตใจ การปฏิบัติตามหลักนี้ช่วยได้ทั้งด้านป้องกันความชั่วเสียหาย ป้องกันความทุกข์ และป้องกันการสร้างความรู้ความคิดที่บิดเบือนเอนเอียง อย่างไรก็ตาม การที่จะปฏิบัติให้ได้ผล มิใช่ว่าจะนำหลักมาใช้เมื่อไรก็ได้ตามปรารถนา เพราะสติจะตั้งมั่นเตรียมพร้อมอยู่เสมอ จำต้องมีการฝึกฝนอบรม อินทรียสังวร จึงต้องมีการซ้อมหรือใช้อยู่เสมอ การฝึกอบรมอินทรีย์ มีชื่อเรียกว่าอินทริยภาวนา ผู้ที่ฝึกอบรมหรือเจริญอินทรีย์แล้ว ย่อมปลอดภัยจากบาปอกุศลธรรม ความทุกข์และความรู้ที่เอนเอียงบิดเบือนทั้งหลาย ในแง่ความรู้ความคิดที่เอนเอียงบิดเบือนนั้น เพราะป้องกันไว้ได้ก่อนที่สิ่งเหล่านั้นจะเกิดขึ้น หรือแม้หากความชอบใจไม่ชอบใจจะหลุดรอดเกิดขึ้นมา ก็สามารถระงับหรือสลัดทิ้งไปได้เร็วพลัน อินทรียสังวรนี้จัดว่าเป็นหลักธรรมในขั้นศีล แต่องค์ธรรมสำคัญที่เป็น

---

[๑๕๘]ดูรายละเอียดในสํ.สฬา (ไทย) ๑๘/๒๓๙/๒๓๙-๒๔๑, องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๖/๑๕๙-๑๖๑.

แกนคือสตินั้นอยู่ในจำพวกสมาธิ ทำให้มีการใช้กำลังจิตและการควบคุมจิตอยู่เสมอ จึงเป็นการฝึกอบรมสมาธิไปด้วยในตัว[๑๕๙]

๒) โภชเนมัตตัญญุตา ความรู้จักประมาณในการบริโภค คือ รู้จักพิจารณารับประทานอาหารเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายใช้ทำกิจให้ชีวิตผาสุก มิใช่เพื่อสนุกสนาน มัวเมา เป็นการบริโภคอย่างความพอดีเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งของการเจริญภาวนาเพื่อการบรรลุธรรม เมื่อมีการสำรวมกาย ใจแล้วควรต้องมีโภชเนมัตตัญญุตา พระพุทธเจ้าตรัสเรื่องการรู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร ดังความว่า

> ภิกษุพิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันบิณฑบาตไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อความมัวเมา ไม่ใช่เพื่อประดับ ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง แต่เพียงเพื่อกายนี้ดำรงอยู่ได้ เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไป เพื่อบำบัดความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยคิดเห็นว่า “โดยอุบายนี้ เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสียได้ และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา” แล้วจึงบริโภคอาหาร[๑๖๐]

การบริโภคบิณฑบาตอย่างความพอดี เป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งของการเจริญภาวนาเพื่อการบรรลุธรรม เมื่อมีการสำรวมกาย ใจแล้วควรต้องมีโภชเนมัตตัญญุตา ดังที่พระผู้มีพระภาคตรัสกับคณกโมคคัลลานพราหมณ์ว่า

> พราหมณ์ กาลใดภิกษุเป็นผู้คุ้มครองทวารในอินทรีย์ทั้งหลายแล้ว...พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันอาหาร ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อมัวเมา ไม่ใช่เพื่อประดับไม่ใช่เพื่อตกแต่ง แต่ฉันอาหารเพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้ เพื่อให้กายนี้เป็นไปได้เพื่อกำจัดความเบียดเบียน เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยคิดเห็นว่า เราจักกำจัดเวทนาเก่าและจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น...ความไม่มีโทษ และการอยู่ผาสุก จักมีแก่เรา[๑๖๑]

จากพุทธพจน์ในเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า การรู้จักประมาณในการบริโภคนั้น คือ การฉันเพื่อยังอัตภาพร่างกายให้เป็นไปแล้วประกอบความเพียร การบริโภคที่เป็นการบำบัดความหิว ต้องเป็นไปพอเหมาะพอควร ไม่น้อยเกินไป ไม่มากเกินไป ไม่บริโภคเพื่อสนองตัณหา ไม่บริโภคสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ แต่การบริโภคที่เป็นไปเพื่อบำบัด เริ่มตั้งแต่การแสวงหาได้มาด้วยความบริสุทธิ์ โดยการปฏิบัติตนตามแบบแผนที่พระพุทธเจ้าเคยปฏิบัติมา คือ ไม่เป็นผู้ติดในรส ไม่ทรงตำหนิอาหาร บริโภคอาหารเพียงมื้อเดียว ไม่บริโภคอาหารเพื่อเล่น ไม่บริโภคเพื่อมัวเมา ไม่บริโภคเพื่อประดับ ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง แต่บริโภคเพื่อดำรงไว้ซึ่งกาย เพื่อยังอัตภาพให้เป็นไป เพื่อป้องกันความลำบาก เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนาจึงให้บริโภคเพียงเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพอดำรงชีวิตอยู่ เพื่อบำเพ็ญประโยชน์คุณงามความดีต่อไปได้ ไม่ใช่บริโภคเพื่อเล่น มัวเมา หรือ

---

[๑๕๙]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, หน้า ๖๔-๖๕.

[๑๖๐]ม.มู (ไทย) ๑๒/๒๓/๒๓.

[๑๖๑]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๗๕/๘๐.

เกียรติยศศักดิ์ศรี เป็นต้น ในบทพิจารณาก่อนและหลังการบริโภคอาหารของพระภิกษุ จึงสอนให้พิจารณาว่า เราบริโภคอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อความเปล่งปลั่งของผิวพรรณ แต่เพื่อบรรเทาเวทนาเก่าคือความหิว และเพื่อไม่ให้เวทนาใหม่คือความอึดอัดเกิดขึ้น บริโภคเพียงเพื่อให้ชีวิตอยู่เพื่อประพฤติพรหมจรรย์เท่านั้น การบริโภคอาหารเพียงเพื่อให้ชีวิตอยู่ได้นั้นไม่ยุ่งยาก เพราะสำหรับผู้เช่นนั้น อะไรก็ได้ที่สามารถบรรเทาความหิวได้ ให้มีความรู้สึกสบายกายเท่านั้น ไม่แสวงหาความสุขในการบริโภคอาหาร แต่แสวงหาความสุขจากการศึกษาเล่าเรียนหาความรู้ให้เพิ่มเติม

๓) ชาคริยานุโยค การหมั่นประกอบความตื่น ไม่เห็นแก่นอน คือ ขยันหมั่นเพียรตื่นตัวอยู่เป็นนิตย์ ชำระจิตมิให้มีนิวรณ์ พร้อมเสมอทุกเวลาที่จะปฏิบัติกิจให้ก้าวหน้าต่อไป[๑๖๒]

การประกอบความเพียร จึงต้องอุทิศทั้งกายและใจอย่างเด็ดเดี่ยวจริงจัง ดังมีคำอธิษฐานของพระพุทธเจ้า ก่อนที่พระองค์จะประทับนั่งทำความเพียรที่ใต้ต้นพระศรีมหาโพธิ์ว่า "จะเหลืออยู่แต่หนัง เอ็นและกระดูกก็ตามที เนื้อและเลือดในสรีระ จงเหือดแห้งไปเถิด ยังไม่บรรลุผลที่พึงบรรลุด้วยเรี่ยวแรงของบุรุษ ด้วยความเพียรของบุรุษ ด้วยความบากบั่นของบุรุษแล้ว จักไม่หยุดความเพียร"[๑๖๓]

การนำหลักอปัณณกปฏิปทา ได้แก่ ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด เพราะว่าในการดำเนินชีวิตย่อมมีอุปสรรคที่ทำให้ตนเองไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเดิมได้ แต่ก็สามารถที่จะควบคุมตนเองไม่ให้เพลิดเพลินกับสิ่งที่เข้ามารบกวน ดำเนินชีวิตด้วยระมัดระวัง บริโภคอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ และมีความเพียรพยายามในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นผู้ปราศจากโรคภัยในที่สุด

๓.๕.๖ พละ ๔

พละ ๔[๑๖๔] หมายถึง ธรรมอันเป็นพลังในการดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ และความปลอดภัย ประกอบด้วย

๑) ปัญญาพละ (กำลังปัญญา) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ อันเกิดจากการศึกษา การฟัง การอ่าน การคิดค้นคว้า

๒) วิริยพละ (กำลังความเพียร) หมายถึง ความขยันหมั่นเพียรไม่เกียจคร้านในหน้าที่การงาน ความเพียรพยายามจึงเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นอย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ แต่ความเพียรพยายามนั้นต้องเป็นความเพียรในทางที่ดีเท่านั้น ที่เรียกว่า เป็นความเพียรชอบ ได้แก่ การ

---

[๑๖๒]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๐๘-๑๐๙.

[๑๖๓]องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๕/๖๑.

[๑๖๔]องฺ.จตุกฺก. (ไทย) ๒๑/๑๕๒/๒๑๔, พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๖๙-๑๗๐.

เพียรระวังไม่ให้ความชั่วเกิดขึ้นในจิตเพียรละความชั่วที่เกิดขึ้นแล้ว เพียรสร้างความดีให้เกิดขึ้น เพียรรักษาความดีที่เกิดขึ้นแล้วไม่ให้เสื่อม จึงจะประสบความสำเร็จในชีวิต

๓) อนวัชชพละ (กำลังสุจริต) หมายถึง การกระทำที่ไม่มีโทษ คือ ไม่ผิดกฎหมาย ศีลธรรม และ ระเบียบประเพณีอันดีงามของสังคม

๔) สังคหพละ (กำลังการสงเคราะห์) หมายถึง การเอื้อเฟื้อช่วยเหลือผู้อื่น ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติในที่สุด การสงเคราะห์ช่วยเหลือกันในทางพระพุทธศาสนานั้นมีหลักธรรมสำหรับการสงเคราะห์ผู้อื่น เรียกว่า สังหวัตถุ ๔ ได้แก่

(๑) ทาน คือ การให้ ได้แก่การสงเคราะห์หรือช่วยเหลือผู้อื่นด้วยการให้เป็นสิ่งของที่ตนมีอยู่ให้กับผู้ที่ต้องการ ผู้ที่ขาดแคลนหรือเดือดร้อน

(๒) ปิยวาจา คือ การเจรจากันด้วยถ้อยคำที่สุภาพ และถ้อยคำที่มีประโยชน์

(๓) อัตถจริยา คือ การประพฤติในสิ่งที่เป็นประโยชน์กับผู้อื่น ทำให้รู้จักเสียสละไม่เป็นแก่ตัว

(๔) สมานัตตตา คือ การวางตนให้เหมาะสม หมายถึง การปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย มีจิตใจมั่นคง ไม่อ่อนไหว ไม่เปลี่ยนแปลงไป ตามแรงกระตุ้นของสถานการณ์และสังคม ตำรงตนไว้ไม่ให้ตกอยู่ในความชั่วทั้งปวง ไม่ลืมตัว

การนำหลักพละ ๔ มาบูรณาการในดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น สามาถนำมาเป็นส่วนหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตน สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนสิ่งที่จะส่วนสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต เพราะว่าในการดูแลรักษาจะต้องใช้พละกำลังในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง เช่น เมื่อรู้ตัวว่าเจ็บป่วยจะไม่พยายามรนักษาสุขภาพ เพราะคิดว่ารักษาไม่หาย จึงไม่หาทางป้องกันการกำเริบของโรค หรือ ไม่พยายามดูแลตนเองขาดการเอาใจใส่ในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการที่จะกำเริบขึ้น เป็นต้น ดังนั้นในการดูแลรักษาตนเองจะต้องมีแนวทางในการสนับสนุน หรือส่งเสริมให้เกิดการดูลตนเองที่เหมาะสม

๓.๕.๗ อัปปมาทะ

อัปปมาทะ[๑๖๕] หมายถึง ความไม่ประมาท คือ ความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียรที่มีสติเป็นเครื่องเร่งเร้าและควบคุม ได้แก่ การดำเนินชีวิตโดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติปฏิบัติและการกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัว ไม่ยอมถลำไปในทางเสื่อม แต่ไม่ยอมพลาดโอกาสสำหรับความดีงามและความอันจะต้องรับผิดชอบ ไม่ยอมปล่อยปละละเลยการทำการด้วยความจริงจัง[๑๖๖] มีจิตสำนึกในความไม่เที่ยง มองเห็นตระหนักถึงความไม่คงที่ ไม่คงทน และไม่คงตัว ทั้งของชีวิตและสิ่งทั้งหลายรอบตัว ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุปัจจัยทั้ง

---

[๑๖๕]องฺ.ฉกฺก. (ไทย)๒๒/๑๖๖/๖๓๗.

[๑๖๖]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๕๘-๕๙.

ภายในและภายนอกตลอดเวลา ทำให้นิ่งนอนใจอยู่ไม่ได้และมองเห็นคุณค่าความสำคัญของกาลเวลา แล้วขวนขวายเร่งศึกษาและป้องกันแก้ไขเหตุปัจจัยของความเสื่อม และเสริมสร้างเหตุปัจจัยของความเจริญงอกงาม โดยใช้เวลาทั้งคืนวันที่ผ่านไปให้เป็นประโยชน์มากที่สุด[๑๖๗]

ความประมาทนำมาสู่การกำเริบของโรคจนร่างกายอ่อนล้า จนส่งผลให้เสียชีวิตในที่สุด เพราะว่า ถ้าเกิดการประมาท ละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือ ไม่เอาใจใส่ คิดว่าร่างกายของตนเองยังแข็งแรงอยู่ ไม่คิดว่าตนเองจะมีโรคภัยมาคุกคามตนเอง เมื่อรู้ว่าเกิดโรคอาการที่เกิดขึ้นจะมีการกำเริบอย่างรุนแรง ไม่สามารถควบคุม หรือรักษาให้เป็นปกติอย่างเดิมได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจถึงขั้นตัดอวัยวะส่วนหนึ่งในร่างกายเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมต่อไป

๓.๕.๘ วัฒนมุข ๖

วัฒนมุข ๖ หมายถึง ธรรมที่เป็นปากทางแห่งความเจริญ หรือ ธรรมที่เป็นดุจประตูชัยอันจะเปิดออกไปให้ก้าวหน้าสู่ความเจริญงอกงามของชีวิต ประกอบด้วย

๑) อาโรคยะ คือ ความไม่มีโรค ความมีสุขภาพดี

๒) ศีล คือ ความประพฤติดี มีวินัย ไม่ก่อเวรกัน ได้ฝึกในมรรยาทอันงาม

๓) พุทธานุมัต คือ ศึกษาแนวทาง มองดูแบบอย่าง เข้าถึงความคิดของพุทธชนเหล่าคนผู้เป็นบัณฑิต

๔) สุตะ คือ ใฝ่เล่าเรียนหาความรู้ ฝึกตนให้เชี่ยวชาญและทันต่อเหตุการณ์

๕) ธรรมานุวัติ คือ ดำเนินชีวิตและกิจการงานโดยทางชอบธรรม

๖) อลีนตา คือ เพียรพยายามไม่ระย่อ มีกำลังใจแข็งกล้า เพียรก้าวหน้าเรื่อยไป

ธรรม ๖ ประการชุดนี้ ในบาลีเรียกว่า อัตถทวาร ประตูแห่งประโยชน์ ประตูสู่จุดหมาย หรือ อัตถประมุข ปากทางสู่ประโยชน์, ต้นทางสู่จุดหมาย และอรรถกถาอธิบายคำอัตถะ ว่า หมายถึง “วุฑฺฒิ” คือความเจริญ ซึ่งได้แก่ วัฒนะ ดังนั้นจึงอาจเรียกว่า วุฑฒิมุข หรือที่คนไทยรู้สึกคุ้นมากกว่าว่า วัฒนมุข[๑๖๘]

การนำหลักวัฒนมุข ๖ มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะสามารถทำให้เข้าใจถึงธรรมชาติในการดูแลที่ต้องอาศัยกระบวนการต่างๆ มาสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเหมาะสม มีความความรู้ในการดูแลรักษา มีวินัยในการดูแลตนเอง เอาใจใส่ในการควบคุมอาหาร น้ำหนัก การออกกำลังกาย และมีความเพียรในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีต่อไป

---

[๑๖๗]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **ธรรมนูญชีวิต : พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๙๔, (กรุงเทพมหานคร : แปลนพริ้นท์ติ้ง, ๒๕๕๕), หน้า ๒๒.

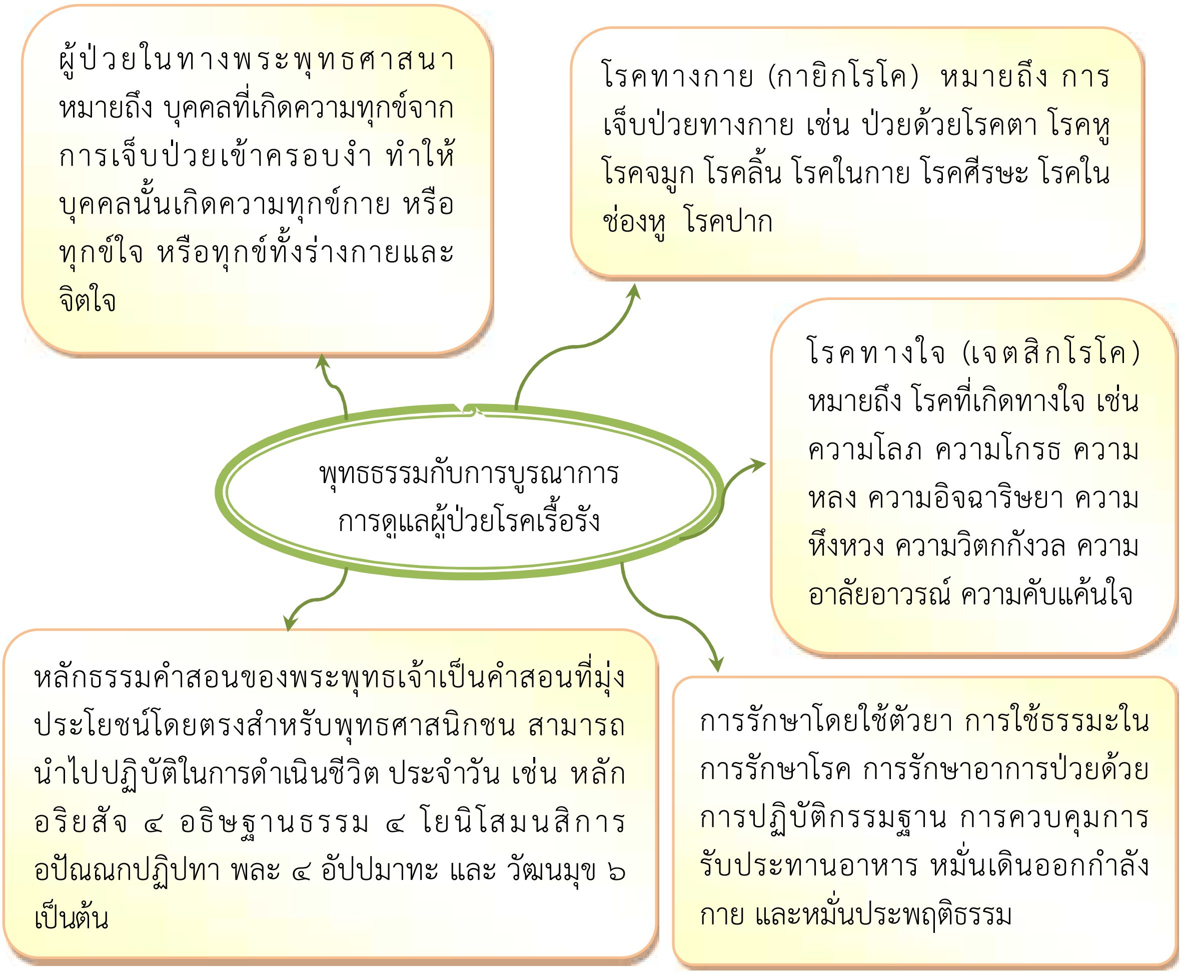
[๑๖๘]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๐๘-๑๕๒-๑๕๓.

จากการนำเสนอในเบื้องต้นสามารถสรุปได้ว่า หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรงสำหรับพุทธศาสนิกชน ให้สติปัญญาและสามารถนำไปปฏิบัติ หลักอริยสัจ ๔ เป็นหลักธรรมที่เป็นแม่บทของพระพุทธศาสนาในการแก้ปัญหาเพราะมนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วย่อมประสบกับปัญหา หรือมีปัญหาเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อมีปัญหาก็เป็นหน้าที่ของมนุษย์ที่จะต้องแสวงหาแนวทาง หรือวิธีในการแก้ปัญหาเหล่านั้น การรู้ประมาณในอาหารมีคุณค่าต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ถ้ารับและบริโภคมาก ก็ทำให้อึดอัดขัดข้อง เกียจคร้านอยู่เสมอ หรือรับและบริโภคน้อย ก็ทำให้ร่างกายไม่มีกำลัง อ่อนเพลียอิดโรย ในการบริโภคอาหารมากหรือน้อยเกินไปนี้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง บางคนไม่รู้หรือรู้แต่ไม่สนใจ จึงปล่อยกายปล่อยใจให้เพลิดเพลินหลงใหลในการบริโภคมากเกินไป หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์รักสวยงามเสียจนขาดอาหาร ซึ่งล้วนเป็นโทษแก่ร่างกายทั้งสิ้น ในทางพระพุทธศาสนา จึงสอนให้รู้ความพอประมาณในการบริโภคอาหารไว้ความรู้ประมาณในการบริโภคอาหาร อิทธิบาท ๔ เป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เป็นหลักในการสร้างความสำเร็จให้แก่ตนเอง สามารถนำมาใช้ในการประกอบกิจ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในหนทางที่ดี ทางสร้างสรรค์ โยนิโสมนสิการ เป็นการทำในใจโดยแยบคาย หรือการคิดถูกต้องตามความเป็นจริง โดยอาศัยการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและคิดเชื่อมโยงตีความข้อมูลเพื่อนำไปใช้ต่อไป นอกจากนี้ในการดูแลจะต้องมีกระบวนการต่างๆ มาเป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษา สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

๓.๖ สรุป

โดยสรุป ผู้ป่วยในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง บุคคลที่เกิดความทุกข์จากการเจ็บป่วยเข้าครอบงำ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์กาย หรือทุกข์ใจ หรือทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย (๑) โรคทางกาย (กายิกโรโค) หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก และ (๒) โรคทางใจ (เจตสิกโรโค) หมายถึงโรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยา ความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอาลัยอาวรณ์ ความคับแค้นใจ เป็นต้น โรคที่เกิดทางกายเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์ ทั้งที่เป็นอวัยวะภายใน และอวัยวะภายนอก ส่งผลให้ได้รับความลำบากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านฤดูแปรปรวน การไม่รู้ประมาณในการบริโภค การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง การถูกทำร้ายและการมีอายุมาก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ลำบาก ก่อให้เกิดสภาวะที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความกังวลทางจิตใจ มีความกังวลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวต่อความตาย และ กังวลต่อการรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือ ความเบื่อหน่ายต่อโรคที่เกิดขึ้น ไม่อยากรักษาต่อไป ปล่อยให้โรคกำเริบและเสียชีวิตในที่สุด การรักษามีวิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น การ

รักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร หมั่นเดินออกกำลังกาย และ หมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปจะส่งผลต่อการขับถ่ายนำไปสู่โรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ถ้ารับประทานอาหารแล้วไม่บริหารร่างกาย อาหารที่บริโภคเข้าไปอาจเกิดการย่อยสลายช้า นำไปสู่โรคร้ายได้ สำหรับการประพฤตินั้น เป็นแนวทางที่นำเสนอเพื่อการมีชีวิตที่เหมาะสม ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ เช่น การคบเพื่อน การเสพอบายมุข ถ้าไม่หมั่นประพฤติปฏิบัติในแนวทางที่เหมาะสม โรคต่างๆ ก็จะสามารถกำเริบได้ หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรงสำหรับพุทธศาสนิกชน สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น หลักอริยสัจ ๔ อธิษฐานธรรม ๔ โยนิโสมนสิการ อปัณณกปฏิปทา พละ ๔ อัปปมาทะ และ วัฒนมุข ๖ เป็นต้น สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ ๓.๑ สรุปการประยุกต์หลักพุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทที่ ๔

การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และพระพุทธศาสนา

ในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ที่ได้รับจากการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๔.๑ บทนำ

การจัดการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้วยการผสมผสานและบูรณาการองค์ความรู้ สามารถเป็นเข็มทิศนำสู่การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดไปพร้อมกัน รวมทั้งการลดผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง นอกจากการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแล้ว กระบวนการที่สร้างเสริมให้ประชากรเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองซึ่งขยายออกไปสู่การมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคเรื้อรังให้มากที่สุด และเมื่อพบว่าป่วยแล้วก็ต้องพยายามจัดการลดความเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคเพิ่มขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อนั้นมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีความเจ็บป่วยที่เกิดสภาพด้านร่างกาย การมีภาวะสุขภาพที่ดี หรือสุขภาวะ คือ ภาวะที่มีความผาสุกทั้งมวล ซึ่งมิใช่เพียงปราศจากโรคเท่านั้น นั่นคือ มีสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ[๑] นอกจากนี้จากการที่บุคคลมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน หรือ มีโรคทางพันธุกรรมที่ต่างกัน ซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถดูแลและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านความเชื่อ ความรู้ เจตคติ ทักษะต่อการดูแลสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพมักนิยมดูแลให้ครบ ๔ มิติ คือ สุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม เรียกว่า สุขภาพองค์รวม จึงจะทันยุคทันสมัย กล่าวคือ ต้องดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่ดูแต่

---

[๑]พิสมัย จันทวิมล, **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์, ๒๕๔๑), หน้า ๒.

ส่วนที่เป็นโรคเท่านั้น[๒] สุขภาพทางกาย หมายถึง ความสบายทางกาย ไม่มีโรคทางกาย เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้เลือดออก โรคปอดบวม เป็นต้น สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสบายใจ ไม่มีโรคทางจิต เช่น ความเครียดมาก ความกระวนกระวายใจ ความซึมเศร้า โรคจิตประเภทและขนาดความรุนแรงต่างๆ สุขภาพทางปัญญา หมายถึง การมีและใช้ปัญญาความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นอย่างมีเหตุมีผล และสุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมทั่วไปอย่างเป็นปกติสุข ซึ่งทั้ง ๔ มิติของสุขภาพดังกล่าวนี้ จะต้องมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความสมดุลพอดีกัน

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคล คือ สภาวะที่สมบูรณ์ หรือ สุขภาพ ๔ มิติที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งได้แก่ ๑) สุขภาพทางด้านร่างกาย ๒) สุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ ๓) สุขภาพทางด้านสังคม และ ๔) สุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ[๓] เป็นกระบวนทัศน์หรือแก่นหรือหลักยึดเป็นพื้นฐานสำคัญการพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นสำคัญ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเอง แต่ในกระบวนทัศน์ที่เชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพและสังคมนั้น ก็จะก่อให้เกิดพฤติกรรมของคนต่อสุขภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นสุขภาพของแต่ละคนและสุขภาพของสังคม ยังขึ้นกับปัจจัยในตัวสิ่งแวดล้อมเองด้วย เช่น ความสมบูรณ์ของป่าไม้ มีน้ำสะอาดในธรรมชาติ อากาศบริสุทธิ์ มีสังคมมีความเอื้อเฟื้อ เกื้อกูลกัน มีสันติภาพ มีหลักประกันทางสุขภาพและสวัสดิการ มีบริการสุขภาพที่ทั่วถึง เป็นต้น ย่อมทำให้สุขภาพบุคคลเป็นไปด้วยดี แต่ในทางตรงข้ามถ้าสภาพแวดล้อมไม่ดี มีมลพิษ หรือสังคม เสื่อมโทรม ย่อมส่งผลต่อสุขภาพของคนและสังคมในทางไม่ดีด้วย[๔] การดูแลสุขภาพทั้ง ๔ มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ ด้านจิตวิญญาณ จะต้องเน้นการป้องกันดีกว่าการแก้ด้วยบริการการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์อยู่เสมอการป้องกันโรคมิให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การรักษาโรคให้ทันท่วงที และฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย[๕] สามารถอธิบายการบูรณาการพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสังเขปได้ดังนี้

---

[๒]โรค สภาพผู้ถูกทำลายอวัยวะน้อยใหญ่ สภาพผู้เสียดแทง ความเจ็บไข้ ความไม่สบาย ความป่วย; ป. หลงสมบุญ, พันตรี, **พจนานุกรม มคธ-ไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, ๒๕๔๖), หน้า ๖๑๑.

[๓]Robinson James, et al., **Essentials of Health and Wellness**, (New York: Thomson/ Delmar Learning, 2005), p. 6.

[๔]กรรณิกา ปัญญาวงค์ และ พนัส พฤกษ์สุนันท์, **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**, (สมุทรสงคราม: สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน, ๒๕๕๕), หน้า ๕-๗.

[๕]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๑.

๔.๒ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับทางโภชนาการและรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอหรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า “เบาหวาน” ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ[๖]

ดังนั้น การสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานจำเป็นจะต้องเน้นที่การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวเอง และสิ่งแวดล้อม อาจเป็นทั้งปัจจัยทางกายและทางจิตใจ ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถทำได้ด้วยหลักปฏิบัติทางการแพทย์ และสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งพุทธธรรมผสมผสานกัน ซึ่งจะเป็นการเสริมให้ปฏิบัติการทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นดังตารางที่ ๔.๑

ตารางที่ ๔.๑ แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๑. ผู้ที่พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน เป็นโรคทางพันธุกรรมโรคหนึ่ง ซึ่งหากพ่อแม่ ญาติ พี่น้องเป็นโรคเบาหวานแล้ว ตนเองจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้	-หลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ)[๗]

[๖]เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร: จูนพับลิชชิ่ง, ๒๕๔๘), หน้า ๒๗, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๒ : ๓๕๐ โรคกับการดูแลรักษาและป้องกัน,** พิมพ์ครั้งที่ ๔ (ฉบับปรับปรุง), (กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๑), หน้า ๗๗๗, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร และคณะ, **สุขภาพดี หมอจุฬาฯ**, โมนา อัศวิษณุ บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พิบลิชชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๔,

[๗]องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๑๙/๑๑๔.

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๒. ผู้ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด	ผู้ที่ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด ได้แก่ ยากลุ่มสเตอร์รอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด และฮอร์โมนทางเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง	-อัปมาทะ[๘]
๓.ผู้ที่มีน้ำหนักเกินระดับมาตรฐาน หรืออ้วน	น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นโดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)	อปัณณกปฏิปทา[๙] -โภชเนมัตตัญญุตา[๑๐]
๔. ผู้ไม่ออกกำลังกาย	ผู้ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรค ไม่เป็นเฉพาะแต่โรคเบาหวาน แต่ยังเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ฯลฯ	-อปัณณกปฏิปทา
๕.ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำ	ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำสามารถส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน ได้	-ศีล ๕[๑๑] -อบายมุข ๖[๑๒]

จากการนำเสนอในเบื้องต้น สามารถอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรค ได้แก่ ๑) ผู้ที่พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน ๒) ผู้ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด ๓) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินระดับมาตรฐาน หรืออ้วน ๔) ผู้ไม่ออกกำลังกาย และ ๕) ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำ เป็นต้น โดยสามารถอธิบายในรายละเอียดโดยสังเขปได้ดังนี้

๑) ผู้ที่พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานทางการแพทย์ได้ค้นพบว่าเป็นโรคทางพันธุกรรมโรคหนึ่ง ซึ่งหากพ่อแม่ ญาติ พี่น้องเป็นโรคเบาหวานแล้ว ตนเองจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ซึ่งเป็น

[๘]องฺ.ฉกฺก. (ไทย) ๒๒/๕๓/๕๒๓๔-๕๒๔.

[๙]ดูรายละเอียดในสํ.สฬา (ไทย) ๑๘/๒๓๙/๒๓๙-๒๔๑, องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๖/๑๕๙-๑๖๑.

[๑๐]วิ.ม.อ.(ไทย) ๑/๑/๑๐๓-๑๑๘.

[๑๑]บุคคลผู้ทุศีล...ย่อมถึงความเสื่อมโภคทรัพย์เป็นอันมาก ซึ่งมีความประมาทเป็นเหตุ; ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๔๙/๙๓.

[๑๒]ดูรายละเอียดใน ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๕๗/๒๐๒-๒๐๕.

ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดโรค[๑๓] แต่ขึ้นอยู่กับระดับการถ่ายทอดพันธุกรรมของพ่อแม่แต่ละคน แต่ถ้าเกิดเป็นโรคขึ้นมาก็ยึดตามหลักพุทธธรรมโดยเฉพาะหลักธรรมที่ควรทำความเข้าใจว่าเป็นเรื่องของกรรมแต่ละคน เราไม่ควรจะกล่าวโทษพ่อแม่ ที่ทำให้เราเป็นโรค ควรนึกถึงพระคุณของพ่อแม่ที่ให้เราเกิดมาเราจะต้องนึกถึงบุญคุณและตอบแทนท่าน[๑๔] และให้นึกถึงพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าในหลักกตัญญู กตเวทิตา ดังคำสอนว่า “สัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตน มีกรรมเป็นทายาท มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย กรรมย่อมจำแนกสัตว์ทั้งหลายให้เลวและดีต่างกัน”[๑๕] ดังนั้น เมื่อบรรพบุรุษ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ลูกหลานรุ่นต่อมาจะได้รับการถ่ายทอดพันธุกรรม ย่อมมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าคนทั่วไป

การรักษาทางการแพทย์เมื่อเป็นโรคแล้วให้พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานให้เข้าใจถึงสาเหตุเกิดจากอะไร อาการ การป้องกัน การรักษาและเข้าใจว่าโรคนี้รักษาไม่หาย แต่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำใจให้ยอมรับในการเป็นโรคนี้ หากมีความจำเป็นก็ควรปรึกษาจิตแพทย์ด้วย ผู้ป่วยควรปรับทัศนคติเกี่ยวกับความเป็นจริงของชีวิตนี้โดยพิจารณาหลักพุทธธรรมที่ควรกำหนดรู้ เสมอๆว่า นี่คือ “สัจธรรม” เรามีความเจ็บป่วยเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บป่วยไปได้ และเข้าใจร่างกายนี้ว่า เป็นที่รวมแห่งโรคภัยไข้เจ็บ นี่คือความเป็นจริงของชีวิตและร่างกายสังขารนี้ ที่ต้องเกิดกับทุกๆคนไม่มีใครล่วงพ้นไปได้ และเข้าใจถึง “ไตรลักษณ์” ลักษณะธรรมชาติของชีวิตด้วยสิ่งทั้งหลายมีความไม่เที่ยง (อนิจจัง) เป็นทุกข์ (ทุกขัง) และความเป็นของมิใช่ตัวตน (อนัตตา) ทำจิตให้เข้าใจ ทำใจให้ยอมรับปรับจิตใจให้มีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเป็นปกติสุข ระลึกพิจารณาเสมอว่า กายป่วย แต่ใจไม่ป่วย หน้าที่ของการรักษาทางกายเป็นหน้าที่ของหมอและเราให้ความร่วมมือ แต่สำหรับจิตใจเราต้องมีสติมั่นคง รู้เท่าทันความเป็นจริง สอดคล้องกับการนำเสนอของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) ที่กล่าวว่า “การรักษาใจนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ในยามเจ็บไข้ได้ป่วยนี้ กายเป็นหน้าที่ของแพทย์ แพทย์ก็รักษาไป เราก็ปล่อยให้แพทย์ทำหน้าที่รักษากาย แต่ใจนั้นเป็นของเราเอง เราจะต้องรักษาใจของตนเอง”[๑๖]

---

[๑๓]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, Health Start Here **“แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนา, ๒๕๕๖), หน้า ๘, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร และคณะ, **สุขภาพดี หมอจุฬาฯ,** โมนา อัศวิษณุ บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๓), หน้า ๒๗, วรรณี นิธิยานันท์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๗**, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗), หน้า ๗.

[๑๔]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๑๑.

[๑๕]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๒๙๗/๓๕๖.

[๑๖]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๑), หน้า ๖.

๒) ผู้ที่ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด

ผู้ที่ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ ยากลุ่มสเตอร์รอยด์ และฮอร์โมนทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอสโตรเจน (estrogen)[๑๗] ซึ่งเป็นกลุ่มฮอร์โมนเพศที่พบได้ทั้งในเพศหญิงและในเพศชาย แต่จะมีปริมาณมากกว่ามากในเพศหญิง มีหน้าที่ทำให้ร่างกายพัฒนาเจริญเติบโตพร้อมแสดงลักษณะเด่นของเพศหญิง ทำให้ร่างกายสะสมไขมัน ช่วยให้ตับสร้างโปรตีน เพิ่มการสะสม แคลเซียมในกระดูก เร่งกระบวนเผาผลาญของร่างกาย สามารถละลายในสารละลายน้ำเกลือและสารละลายน้ำตาลได้ดี แต่อาจเกิดการตกตะกอนหากนำไปละลายในสารละลายที่มีฤทธิ์เป็นกรดเช่น กรดวิตามินซีหรือสารละลายที่มีโปรตีนในปริมาณมากๆ ทางการแพทย์นำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามและระยะแพร่กระจายในเพศชาย ใช้รักษาโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และรักษาการขาดประจำเดือนในเพศหญิง[๑๘]

ซึ่งมีแนวทางในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการลดหรือเลิกยาหรือฮอร์โมนที่เป็นต้นเหตุ ถ้าจำเป็นก็หายาชนิดอื่นทดแทน ในกรณีที่จำเป็นต้องรับประทานยา จะต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง รับประทานยาตามแพทย์สั่งนั้น ไม่พยายามซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง เพราะว่าการใช้ยาประเภทนี้จะมีผลข้างเคียงถ้าใช้ในปริมาณที่มากเกินไป พิจารณานำหลักพุทธธรรมที่เกี่ยวข้อง คือ อัปปมาทะ แปลว่า ความไม่ประมาท คือ ความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียรที่มีสติ เป็นเครื่องเร่งเร้าและควบคุม ได้แก่ การดำเนินชีวิต โดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติปฏิบัติและการกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการทำให้เกิดโรคกำเริบ หรือมีโรคแทรกซ้อน ใช้ยาด้วยความระมัดระวัง

๓) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรืออ้วน

ผู้มีภาวะอ้วน นั้นหมายถึง น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นโดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) คือคำนวณได้จากการใช้น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูง หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งค่าปกติ คือ ๑๘-๒๒ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้า ดัชนีมวลกาย มากกว่า ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกินและถ้ามีค่า BMI มากกว่า ๓๐ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าอ้วน ซึ่งมีไขมันสะสมในส่วนท้องมากเกินไป วัดโดยใช้ความยาวรอบเอวที่ระดับขอบกระดูกเชิงกรานขนานกับพื้นในช่วงเวลาหายใจออก เป็นตัวชี้วัดว่าอ้วนหรือไม่

---

[๑๗]ฮอร์โมนเพศหญิงที่สร้างรังไข่, ต่อมหมวกไตชั้นนอก, อัณฑะและรก มีหน้าที่มากมายทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยช่วยพัฒนาการของลักษณะทุติยภูมิของเพศหญิง และเป็นส่วนหนึ่งของระบบฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงระดับให้เกิดเป็นวงจร จนเกิดการมีประจำเดือน ; สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ, **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๓๖๗.

[๑๘]อภัย ราษฎรวิจิตร, **เอสโตรเจน (Estrogen)**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : http://haamor.com/th/เอสโตรเจน [๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗].

ค่ามาตรฐานในผู้ชาย ควรน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร ในผู้หญิงควรน้อยกว่า๘๐ เซนติเมตร[๑๙] การลดน้ำหนักหรือความอ้วนเหล่านี้ ทำได้โดยการควบคุมอาหาร ซึ่งควรรับประทานให้ครบ ๕ หมู่ ตามหลักโภชนาการให้ได้สัดส่วนในปริมาณที่พอเหมาะ ควรออกกำลังอย่างสม่ำเสมอ และการลดความเครียด

ดังนั้นผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานควรรู้จักควบคุมระดับน้ำตาล และการรับประทานอาหาร โดยใช้หลักการ อปัณณกปฏิปทา ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ซึ่งเป็นปฏิปทาที่เป็นส่วนแก่นสารเนื้อแท้ ซึ่งจะนำผู้ปฏิบัติให้ถึงความเจริญงอกงามในธรรมเป็นผู้ดำเนินอยู่ในแนวทางแห่งความปลอดพ้นจากทุกข์โศกโรคภัยอย่างแน่นอนไม่ผิดพลาด ข้อที่ว่าการรู้จักประมาณการรับประทานอาหาร (โภชเนมัตตัญญุตา) เดินจงกรม สวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ ให้น้อมนำคำสอนของพระพุทธสุภาษิต เมื่อพระพุทธเจ้าทรงเห็นว่าพระเจ้าปเสนทิโกศลพระราชาแห่งแคว้นโกศลทรงอ้วนมากไป จึงทรงให้คาถาลดความอ้วนบทหนึ่งความว่า “มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้จักประมาณในโภชนะที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุก็ยั่งยืน”[๒๐]

๔) ผู้ไม่ออกกำลังกาย

ผู้ไม่ออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อโรค ไม่เป็นเฉพาะแต่โรคเบาหวาน แต่ยังเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคเครียด เป็นต้น บุคคลกลุ่มนี้ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้หันมาออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ความทนทานของหัวใจ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด ส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาล ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน ลดความดันโลหิตได้ประมาณ ๘-๑๐ มม.ปรอท ลดความเครียด สามารถเพิ่มระดับเอนดอร์ฟิน และทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๒๑] แต่ก็ควรระมัดระวังที่คำนึงถึงผลกระทบ หรือผลข้างเคียง ดังที่ซิกัลป์ โรนัลด์ เจและคณะ นำเสนอไว้ว่า “การออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ถ้ามีอินซูลินเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับยาอินซูลิน หรือ ยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนออกกำลังกาย”[๒๒]เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน ควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การทำอารมณ์ให้แจ่มใส สอดคล้องกับการนำเสนอของกรมควบคุมโรค ที่ได้นำเสนอไว้ว่า “การออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน จะสามารถเพิ่มความไวของการทำงานของอินซูลินได้ด้วย ซึ่งมีผลต่อการควบคุม

---

[๑๙]วรรณี นิธิยานันท์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๕๗,** หน้า ๖.

[๒๐]สํ.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕.

[๒๑]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๓๐.

[๒๒]Sigal, Ronald J. et al, “Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes : A Consensus Statement from the American Diabetes Association”, **Diabetes Care**, Vol. 29 No. 6 (June 2006) : 1433-1438.

น้ำตาลที่ดีขึ้น หากต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ออกกำลังกายทุกวัน โดยเลือกใช้อุปกรณ์โดยเฉพาะรองเท้าอย่างเหมาะสม”[๒๓]

สามารถประยุกต์หลักพุทธธรรมที่สามารถนำมาปฏิบัติ ได้แก่ การเดินจงกรม โดยมีสติกำกับทำให้เกิดสมาธิ จิตสงบ ร่างกายเกิดความสมดุล โดยธรรมชาติ และยึดหลักอปัณณกปฏิปทา คือ ข้อปฏิบัติที่ไม่ผิดปฏิปทาที่เป็นส่วนแก่นสารเนื้อแท้ ซึ่งจะนำผู้ปฏิบัติให้ถึงความเจริญงอกงามในธรรมเป็นผู้ดำเนินอยู่ในแนวทางแห่งความปลอดพ้นจากทุกข์โศกโรคภัยอย่างแน่นอนไม่ผิดพลาด พิจารณาข้อการหมั่นประกอบความตื่น ไม่เห็นแก่นอน คือขยันหมั่นเพียรตื่นตัวอยู่เป็นนิตย์ (ชาคริยานุโยค) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย นอนไม่ดึกและตื่นแต่เช้า ชำระจิตมิให้มีนิวรณ์ พร้อมเสมอทุกเวลาที่จะปฏิบัติกิจให้ก้าวหน้าต่อไป ผู้ที่ไม่อยากออกกำลังกายต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเองในการดำเนินชีวิต เพื่อการมีสุขภาพที่ดีดังที่พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโต และ ดร.นพ.อุทัย สุดสุขนำเสนอไว้ว่า “กายแข็งแรงต้องออกกำลังเคลื่อนไหว สำหรับจิตใจที่เข้มแข็งต้องสงบนิ่ง ด้วยการรู้เท่าทัน และเพิ่มความพยายามอย่างต่อเนื่อง ไม่เกียจคร้าน”[๒๔]

๕) ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำ

ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงนี้ ต้องลด ละ เลิก การดื่มสุราและแอลกอลฮอล์ โดยปฏิบัติตามศีล ๕ ข้อ ๕ เว้นจากสุราและน้ำเมาอันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาทปราศจากสติสัมปชัญญะ (ความระลึกรู้ตัวทั่วพร้อม) และละเว้นช่องทางของความเสื่อม (อบายมุข) ทั้งหลายซึ่งเป็นหลุมดำแห่งการดำเนินชีวิตที่ประมาทนำไปสู่โรคภายไข้เจ็บ

ในด้านการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการบูรณาการในการดูแล เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการดำเนินของโรค ได้แก่

๑) ปริญเญยยธรรม : ข้อปฏิบัติรู้ถึงหลักธรรมที่ไม่ผิดซึ่งเป็นปฏิปทาที่เป็นส่วนแก่นสารเนื้อแท้ ที่จะนำผู้ปฏิบัติให้ถึงความเจริญงอกงามในธรรมเป็นผู้ดำเนินอยู่ในแนวทางแห่งความปลอดพ้นจากทุกข์โศกโรคภัยอย่างแน่นอนไม่ผิดพลาด ๑) การสำรวมอินทรีย์ คือระวังไม่ให้บาปอกุศลธรรมครอบงำใจ เมื่อรับรู้อารมณ์ด้วยอินทรีย์ทั้ง ๖ หรืออินทรียสังวร ๒) ความรู้จักประมาณในการบริโภค คือ รู้จักพิจารณารับประทานอาหารเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายใช้ทำกิจให้ชีวิตผาสุก มิใช่เพื่อสนุกสนาน มัวเมา ๓) การหมั่นประกอบความตื่น ไม่เห็นแก่นอน คือขยันหมั่นเพียรตื่นตัวอยู่เป็นนิตย์ ชำระจิตมิให้มีนิวรณ์ พร้อมเสมอทุกเวลาที่จะปฏิบัติกิจให้ก้าวหน้าต่อไป

---

[๒๓]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๒๖.

[๒๔]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**, หน้า ๑๕.

๒) ปหาตัพพธรรม : ธรรมะเพื่อเว้น นำหลักอัปปมาทะมาบูรณาการในการดูแลตนเอง ระลึกถึงความไม่ประมาทในโรคภัยไข้เจ็บ คิดว่าตนสุขภาพดีไม่ดูแล ไม่นึกถึงความรุนแรงของโรค และความแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

๓) ภาเวตัพพธรรม : หลักธรรมในการเสริมพลังด้านจิตใจ ด้วยธรรมหมวด พละ ๔ อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง ได้แก่

(๑) ปัญญาพละ : กำลังปัญญาความรู้ หรือการศึกษา คือ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนให้ถ่องแท้ เพื่อจะปฏิบัติได้ถูกต้อง

(๒) วิริยะพละ : กำลังแห่งความเพียรพยายาม โดยจะต้องขยันหมั่นเพียรในการกินยาและดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจตนเองอย่างต่อเนื่อง

(๓) อนวัชชพละ : กำลังแห่งความความดี คือ ทำแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงาม

(๔) สังคหพละ : กำลังแห่งน้ำใจ คือ ช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม แก่คู่ครอง ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อให้มีผู้ดูรักษาและช่วยเหลือด้วยสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งให้มีความอบอุ่นทางกายและจิตใจที่ดีด้วย[๒๕]

สามารถสรุปได้ว่า มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานประกอบด้วย ผู้ที่พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน ผู้ได้รับยาและฮอร์โมนบางชนิด ผู้ที่มีน้ำหนักเกินระดับมาตรฐาน หรืออ้วน ผู้ไม่ออกกำลังกาย หรือ ผู้ที่ดื่มสุรามากเป็นประจำ ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะต้องรู้จักแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนให้อยู่ระดับปกติ ทั้งที่ยังไม่พบอาการ เมื่ออยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงจะเกิดโรคและระยะที่เป็นโรคแล้ว จะต้องมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และทางด้านจิตวิญญาณ หรือด้านปัญญา ทั้งนี้เรื่องจากการที่บุคคลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยกำเริบแล้วจำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลรอบกายตนเอง ทั้งที่ตนบุคคลในครอบครัว เพื่อน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ จนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างความสุข นำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

๔.๓ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย มีความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายเรื้อรัง[๒๖] โรคแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดคือ โรคเส้นเลือดแดงในสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต หรือเสียชีวิตทันที ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องเฝ้าระวังตนเอง

---

[๒๕]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**, หน้า ๒๐-๒๑.

[๒๖]เดชา คนธภักดี, “ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง”, **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๓๕.

ด้วยความมีสติและความไม่ประมาท เช่น ตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกเดือน และพบพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขหรือแพทย์เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น

ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการป้องกันที่ต้นเหตุดีกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ ด้วยการพึ่งตนเองตามหลักการแพทย์ การสาธารณสุข ผสมผสานหลักพุทธธรรม แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดพลาดพลั้งหรือเป็นกรรมพันธุ์ เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงขึ้นมา ก็ต้องปรับพฤติกรรมและปรับจิตใจให้ได้ ดังตารางที่ ๔.๒

ตารางที่ ๔.๒ แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๑. ผู้ที่มีประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง คล้ายคลึงกับโรคเบาหวาน	-การกำหนดรู้[๒๗] -หลักกตัญญู กตเวทิตา[๒๘]
๒. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-อัปปมาทะ
๓. ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น	โรคความดันโลหิตสูงมักเกิดขึ้นในคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น	อปัณณกปฏิปทา -โภชเนมัตตัญญุตา
๔. ผู้น้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน	น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นโดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)	อปัณณกปฏิปทา -โภชเนมัตตัญญุตา -เดินจงกรม สวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ
๕. ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด	รับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ น้ำอัดลม ขนมปังกรอบ เนยรสเค็ม น้ำสลัดและมายองเนส สำเร็จรูปอาหารที่ใส่ผงชูรส น้ำตาลเทียม เป็นต้น	อปัณณกปฏิปทา -โภชเนมัตตัญญุตา -พละ ๔
๖. ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	- ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวนมากและเป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มาก	-อริยสัจจ์ -ศีล ๕ -อบายมุข ๖
๗. ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย	การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหลายชนิด	-การเดินจงกรม -อิทธิบาท ๔

[๒๗]องฺ.ฉกฺก.อ. (ไทย) ๓/๔๙/๑๒๘.

[๒๘]องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๑๙/๑๑๔.

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๘. ผู้ที่มีความเครียด	- จิตใจและอารมณ์มีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะมีความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติถึง ๓๐ ม.ม.ปรอท	- อริยสัจจ์

จากการนำเสนอในเบื้องต้น สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงจะมีมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ๑) ผู้ที่มีประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ๒) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ๓) ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ๔) ผู้น้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน ๕) ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด ๖) ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ๗) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย และ ๘) ผู้ที่มีความเครียด สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ดังนี้

๑) ผู้ที่มีประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง คล้ายคลึงกับโรคเบาหวาน กล่าวคือผู้ที่พ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงขั้นปฐมภูมิ[๒๙]แต่ทั้งนี้ ในการแนะนำให้หลีกเลี่ยงต่อการเสี่ยงในเรื่องพันธุกรรม ทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่การให้คำแนะนำว่า ทุกคนไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ขึ้นอยู่กับระดับการถ่ายทอดพันธุกรรมของพ่อแม่สู่ลูกแต่ละคน ซึ่งเราอาจจะโชคดีไม่เป็นโรคก็ได้ แต่ถ้าเกิดเป็นโรคขึ้นมาก็ถือว่าเป็นเรื่องของกรรมแต่ละคน เราไม่ควรจะกล่าวโทษพ่อแม่ ที่ทำให้เราเป็นโรค ควรนึกถึงพระคุณของพ่อแม่ที่ให้เราเกิดมา เราจะต้องนึกถึงบุญคุณและตอบแทนท่านและให้นึกถึงพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าในหลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ)

๒) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามมาด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดูแลตนเองให้สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงเกิน ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการปฏิบัติธรรม และต้องเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตเป็นระยะๆ หากพบมีความผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบไปพบพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ แพทย์เพื่อขอรับคำแนะนำหรือการรักษาพยาบาลให้ทันท่วงที ด้วยการยึดหลักธรรมะที่ควรละเว้น คือ ความไม่ประมาท (อัปปมาทะ) ศีล ๕ และธรรมที่ควรเจริญให้มีขึ้น คือ พัฒนาจิตเจริญปัญญาเป็นประจำเพราะได้มีผู้พิสูจน์แล้วว่าการเจริญสมาธิจะทำให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งใช้ได้ทั้งการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วย

๓) ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

---

[๒๙]สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๕**, (กรุงเทพมหานคร: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง, ๒๕๕๕), หน้า ๗.

โรคความดันโลหิตสูงมักเกิดขึ้นในคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น ขณะอายุ ๑๘ ปี ความดันโลหิตมักจะเป็น ๑๒๐/๗๐ ม.ม.ปรอท เมื่ออายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปอาจเพิ่มเป็น ๑๔๐/๙๐ ม.ม.ปรอท แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ ๑๒๐/๗๐ เท่าเดิมก็ได้ อย่างไรก็ตาม ในทางการแพทย์ถือว่าผู้มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้นไป มักมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานด้วย ยิ่งอายุมากขึ้นไปอีกก็ยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องเฝ้าระวังตนเองด้วยการตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดควบคู่กันไปเป็นประจำปี ในขณะเดียวกันต้องมี ภาเวตัพพธรรม คือ ต้องใช้สติ ความระลึกได้และสัมปชัญญะ ความรู้ตัว ระมัดระวัง และออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ และ ปหานตัพพธรรม คือไม่กินอาหารประเภทรสเค็มจัดหวานจัด

๔) ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน

ผู้มีภาวะอ้วน นั้นหมายถึง น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นโดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) คือ คำนวณได้จากการใช้น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูง หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งค่าปกติ คือ ๑๘–๒๒ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้า BMI มากกว่า ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกินและถ้ามีค่า BMI มากกว่า ๓๐ กิโลกรัม / ตารางเมตร ถือว่าอ้วน ซึ่งมีไขมันสะสมในส่วนท้องมากเกินไป วัดโดยใช้ความยาวรอบเอวที่ระดับขอบกระดูกเชิงกรานขนานกับพื้นในช่วงเวลาหายใจออก เป็นตัวชี้วัดว่าอ้วนหรือไม่ ค่ามาตรฐานในผู้ชาย ควรน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร ในผู้หญิงควรน้อยกว่า ๘๐ ซม. การลดน้ำหนักหรือความอ้วนเหล่านี้ ทำได้โดยการควบคุมอาหาร ซึ่งควรรับประทานให้ครบ ๕ หมู่ ตามหลักโภชนาการให้ได้สัดส่วนในปริมาณที่พอเหมาะ ควรออกกำลังอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ วัน ครั้งละ๓๐ นาที และการลดความเครียด โดยใช้หลักธรรมมายึดถือปฏิบัติ (ภาเวตัพพธรรม) ได้แก่ การรู้จักประมาณการรับประทานอาหาร (โภชเนมัตตัญญุตา) เดินจงกรม สวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ

๕) ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด

ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง นอกจากผู้ที่มีประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น และผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนแล้ว ปัจจัยเสี่ยงอีกประการ คือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ดังที่กรมควบคุมโรคนำเสนอไว้ว่า “ปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประการหนึ่ง คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มหวาน มัน รับประทานผักและผลไม้น้อย”[๓๐] การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดนำมาสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกายและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากตัวอย่างงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้

---

[๓๐]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๑๙.

รับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน ๒.๔ กรัมหรือรับประทานเกลือไม่เกิน ๖ กรัม หรือประมาณ ๑ ช้อนชา ต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ ๒-๘ มิลลิเมตรปรอท[๓๑] การได้รับโซเดียมในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูง ซึ่งโซเดียมในเกลือแกงจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมากกว่าโซเดียม ของอนุมูลอื่นๆ ที่มิใช่เกลือแกง[๓๒] นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่รสเค็มจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคไต ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพ[๓๓] ส่วนอาหารที่ควรรับประทานนั้น ได้แก่ อาหารหลัก ๕ หมู่ ที่หลากหลาย เน้นรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานมาก

สำหรับพุทธธรรมที่ควรยึดถือปฏิบัติควบคู่ไปด้วยนั้นก็เช่นเดียว (ภาเวตัพพธรรม) กับกรณีของการกินอาหารของผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยอนุโลมกล่าวคือความรู้จักประมาณในการบริโภค (โภชเนมัตตัญญุตา) รู้จักพิจารณากินอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (ปัจจัย นิสิตศีล) เพิ่มพลังกายและใจให้เข้มแข็ง อดทนในการฝึกตนให้เกิดนิสัยในการกินอาหารเค็มจัดให้สำเร็จได้ด้วยการปฏิบัติตามหมวดธรรมพละ ๔ คือ กำลังปัญญา (ปัญญา พละ) กำลังความเพียร (วิริยพละ) กำลังการกระทำที่ไม่มีโทษ (อนวัชพละ) และกำลังการสงเคราะห์ (สังคหพละ) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวให้สนับสนุนและปฏิบัติดูแลตน นอกจากนั้นควรเจริญสมาธิ เพื่อทำให้จิตเกิดความตั้งมั่น สงบ อารมณ์แจ่มใส สามารถลดหรือป้องกันความดันโลหิตสูงได้[๓๔]

๖) ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวนมากและเป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มาก คำแนะนำที่ดีที่สุด คือ การเลิกพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ถึงแม้จะเป็นเรื่องที่พูดง่ายแต่ทำยากก็ตาม จากประสบการณ์ของคลินิกอดบุหรี่ อดเหล้าต่าง ๆ พบว่า การตัดสินใจเลิกทันทีโดยเด็ดขาดแล้วไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้อีกเลย เป็นวิธีการที่ได้ผลที่สุด หากเลิกแล้วมีอาการแทรกซ้อนหรือต้องหาสิ่งดีๆ อื่นมาทดแทน ก็ให้ปรึกษาและปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ

สำหรับธรรมะที่จะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวกายและใจให้แกล้วกล้าและยืนหยัดเลิกพฤติกรรมเดิมได้ และสร้างพฤติกรรมที่ดีใหม่นั้น มีความจำเป็นต้องอาศัยหลายหมวดธรรมที่พึ่ง

---

[๓๑]ดูรายละเอียดในสิริรัตน์ ลีลาจรัส. "ความดันโลหิตสูง : แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การรักษาและการดูแลตนเอง", **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๐) : ๗๙.

[๓๒]เรียวพลอย กาศพร้อม และชนิดา ปโชติการ, "การให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านอาหารกับโรคความดันโลหิตสูง" ใน **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), หน้า ๑๐๓.

[๓๓]สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๕**, (กรุงเทพมหานคร: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง, ๒๕๕๕), หน้า ๑๒-๑๓.

[๓๔]พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงวิถีพุทธ**, (กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๒๑.

ทำความเข้าใจ ธรรมะสำหรับละเว้น และธรรมะสำหรับเจริญให้มีขึ้นมากยิ่งต่อไป เชื่อมโยงและหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่

(๑) ธรรมะที่ควรประพฤติเว้น (ปหาตัพพธรรม) คือ การปฏิบัติเบญจศีล (ศีล ๕) ข้อ ๕ โดยเว้นจากน้ำเมา คือสุราเมรัย อันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท เว้นจากสิ่งเสพติดให้โทษทั้งสุราและบุหรี่ ซึ่งเป็นสารเสพติดด้วย และปฏิบัติเบญจธรรมควบคู่กันไปด้วยเฉพาะข้อ ๕ ที่ว่าด้วยความระลึกได้ และความรู้ตัว (สติสัมปชัญญะ) จะช่วยให้เป็นคนรู้จักยั้งคิดและรู้ตัวเสมอว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่ทำให้เกิดประโยชน์อะไร ซ้ำยังทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ มะเร็งตับ เป็นต้น จะช่วยให้ตัดสินใจเลิกได้ง่ายขึ้น

(๒) ธรรมะที่ควรประพฤติเว้น (ปหาตัพพธรรม) อีกหมวดคือ เว้นจากช่องทางของความเสื่อมทางแห่งความพินาศ (อบายมุข ๖) ได้แก่ ดื่มน้ำเมา เที่ยวกลางคืน เที่ยวดูการเล่น เล่นการพนัน คบคนชั่วเป็นมิตร และเกียจคร้านในการทำงาน อบายมุขทั้ง ๖ มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันคือถ้าทำอบายมุขอย่างหนึ่งขึ้น ก็มักจะโยงไปสู่อบายมุขอย่างอื่น ๆ ตามมา เช่น ดื่มสุราก็มักจะเกิดโรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรังตามมา เป็นต้น จึงควรละเว้นอบายมุขทั้ง ๖ ประการ

(๓) ธรรมะที่ควรเว้นขาด (ปหาตัพพธรรม) คือ เจริญธรรมมงคลชีวิตข้อที่เป็นเหตุแห่งความสุข ความก้าวหน้าในการดำเนินชีวิต หนึ่งในสามสิบแปดประการคือ การเว้นจากการดื่มน้ำเมา ซึ่งโยงกับศีล ๕ และอบายมุขข้อ ๑ ด้วย

(๔) ธรรมะที่ควรเจริญให้มากยิ่งขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือปฏิบัติตามธรรมที่เป็นทางแห่งความเจริญหรือธรรมที่เป็นดุจประตูชัยอันจะเปิดออกไปให้ก้าวหน้าสู่ความเจริญงอกงามของชีวิต (วัฒนมุข ๖) ได้แก่ ๑) ความไม่มีโรค, ความมีสุขภาพดี (อาโรคยะ) ๒) ความประพฤติดี มีวินัย ไม่ก่อเวรกัน ได้ฝึกในมรรยาทอันงาม (ศีล) ๓) ศึกษาแนวทาง มองดูแบบอย่าง เข้าถึงความคิดของพุทธชนเหล่าคนผู้เป็นบัณฑิต (พุทธานุมัต) ๔) ใฝ่เล่าเรียนหาความรู้ ฝึกตนให้เชี่ยวชาญและทันต่อเหตุการณ์ (สุตะ) ๕) ดำเนินชีวิตและกิจการงานโดยทางชอบธรรม (ธรรมานุวัติ) ๖) เพียรพยายามไม่ระย่อ มีกำลังใจแข็งกล้า ไม่ท้อถอยเฉื่อยชา เพียรก้าวหน้าเรื่อยไป (อลีนตา)[๓๕]

(๕) ธรรมะที่ควรเจริญให้มากยิ่งขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือ ระมัดระวังหรือสำรวมตา หู จมูก ลิ้น กายใจ และสัมผัส (อินทรีสังวร) เพื่อปิดวงจรร้ายหรือปิดโอกาสที่จะทำการใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

---

[๓๕] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** พิมพ์ครั้งที่ ๑๖, (กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑), หน้า ๑๕๒-๑๕๓.

(๖) ธรรมะที่ควรประพฤติปฏิบัติ (ภาเวตัพพธรรม) คือ การเดินจงกรม สวดมนต์ เจริญสมาธิให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจมั่งคงยึดมั่นในความตั้งใจงดดื่มสุราหรือสูบบุรี่ให้ได้

(๗) ธรรมที่ควรเจริญ (ภาเวตัพพธรรม) อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง (พละ ๔) ได้แก่ การใช้กำลังปัญญา (ปัญญาพละ) กำลังความเพียร (วิริยพละ) กำลังความดี (อนวัชชพละ) กำลังน้ำใจ (สังคหพละ) เพื่อให้มีพลังทางกาย พลังใจอดบุหรี่ อดสุราได้อย่างมั่นใจ

๗) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย

การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคท้องอืดจากภาวะอาหารไม่ย่อย ภาวะเครียด และสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน ใช้เวลาประมาณ ๒๐-๖๐ นาที ๓-๕ ครั้งต่อสัปดาห์ หากต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ออกกำลังกายทุกวัน โดยเลือกใช้อุปกรณ์โดยเฉพาะรองเท้าอย่างเหมาะสมในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท คือเกิดภาวะเส้นประสาทเสื่อม ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องเกิด แรงกระแทก เช่น การเดิน บนลู่วิ่ง การเดินนานๆ การวิง แนะนำให้ออกกำลังกายแบบมีแรงกระแทกน้อย เช่น การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน[๓๖] แต่ในทางตรงกันข้ามการออกกำลังกายนอกจะมีประโยชน์แล้ว โทษที่ได้รับจากการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังที่แพทย์หญิงฉัตรชนก รุ่งรัตน์มณีมาศ[๓๗] นำเสนอไว้ว่า“ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกายจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้เหมือนกับวัยหนุ่มสาว แต่จะต้องเพิ่มความระมัดระวังและปรับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน” ซึ่งในการออกกำลังกายจำเป็นต้องมีหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับการกำเริบของโรค ดังนั้นในการปฏิบัติธรรมที่จะช่วยให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจนได้ผลคือไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มีดังนี้

การปฏิบัติธรรมที่จะช่วยให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจนได้ผลคือไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มีดังนี้

(๑) ธรรมะประเภทที่ควรเจริญให้มีมากขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือ การเดินจงกรม ตามปกติคนเราโดยทั่วไปจะเดินช้าหรือเร็วก็ตาม ย่อมก้าวเท้าเดินไปตามระยะหรือจังหวะ ไม่ปรากฏว่ามีใครเคยกำหนดว่าก้าวหนึ่งๆ มีกี่ระยะ หรือกี่จังหวะ และไม่เคยกำหนดซ้าย-ขวา ในการก้าวย่าง นอกจากทางการทหาร ซึ่งมีความมุ่งหมายไปอีกทางหนึ่ง ต่างจาก

---

[๓๖]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๓๐.

[๓๗]ฉัตรชนก รุ่งรัตน์มณีมาศ, “การออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, ใน **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), หน้า ๑๒๒.

ความมุ่งหมายในการปฏิบัติธรรม อิริยาบถเดินเป็นอาการเคลื่อนไหวทางกายอย่างหนึ่ง สามารถเป็นสื่อให้จิตเกิดความตั้งมั่นได้เช่นกัน แนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้น คือความตั้งใจในการเดินไปและกลับในจังหวะต่างๆ ตามระยะทางที่กำหนดไว้เรียกว่า เดินจงกรม เช่น จงกรม ๑ ระยะ : ซ้ายย่างหนอ-ขวาย่างหนอ หรือเดินจงกรม โดยให้กำหนดความสั้น ความยาว ของเส้นทางที่จะเดินสุดแท้แต่เราเอง ควรจะหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ไม่อึกทึกครึกโครม และไม่มีสิ่งรบกวนจากรอบข้าง นอกจากนั้นที่ที่จะเดินไม่ควรสูงๆ ต่ำๆ แต่ควรเรียบเสมอกัน เมื่อหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสมได้แล้ว ก็ตั้งสติ อย่าเงยหน้าหรือก้มหน้านัก ให้สำรวมสายตาให้ทอดลงพอดี วางมือทั้งสองลงข้างหน้าทับเหมือนกับยืน การเดินแต่ละก้าวก็ให้จิตตั้งมั่นอยู่กับคำบริกรรมว่า พุทโธ โดยเดินอย่างสำรวม ช้าๆ ไม่เร่งรีบ กำหนดรู้ในใจด้วยการมีสติตลอดเวลา

(๒) ธรรมที่ควรเจริญ (ภาเวตัพพธรรม) หมวดสำคัญต่อการรักษาบรรเทาโรค คือ อิทธิบาท ๔ หมายถึงฐานหรือหนทางสู่ความสำเร็จหรือคุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จแห่งผลที่มุ่งหมาย ในที่นี่คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อผลทางสุขภาพ มี ๔ ประการ คือ ฉันทะ (พอใจ) คือ ความต้องการที่จะออกกำลังกาย ใฝ่ใจรักจะออกกำลังกายอยู่เสมอและปรารถนาจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลดีต่อสุขภาพยิ่งๆ ขึ้นไป วิริยะ (ตั้งใจ) คือ ขยันออกกำลังกายด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทน เอาธุระไม่ท้อถอย จิตตะ (ใส่ใจ) คือ ตั้งจิตมั่น เอาจิตฝักใฝ่ในการออกกำลังกายอยู่เสมอ วิมังสา (เข้าใจ) คือ หมั่นใช้ปัญญา พิจารณาใคร่ครวญ ตรวจหาเหตุผลและตรวจสอบปัญหาของการไม่ออกกำลังกาย มีการวางแผนวัดผล คิดค้นวิธีแก้ไขปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ

๘) ผู้ที่มีความเครียด

จิตใจและอารมณ์มีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะมีความเครียดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติถึง ๓๐ ม.ม.ปรอท ขณะพักผ่อนความดันโลหิตจะกลับลดลงมาสู่ภาวะปกติได้ ความรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นเดียวกัน ในการป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดในทางการแพทย์ คือ การปรับสุขภาพจิตและอารมณ์ให้ผ่อนคลาย เปลี่ยนอิริยาบถหลีกหนีจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดชั่วคราวหรือถาวรแล้วแต่กรณี ดังที่ นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล นำเสนอไว้ว่า

> การจัดการความเครียดเป็นการฝึกร่างกายหรือจิตใจ ให้รู้จักความเครียดที่เกิดขึ้นและควบคุมการตอบสนองความเครียดในสิ่งที่สามารถควบคุมได้ ในปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยม และมีการศึกษาถึงประสิทธิผลหลายวิธี ได้แก่
>
> ๑) การผ่อนคลาย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผ่านการควบคุมกล้ามเนื้อหรือการหายใจ
>
> ๒) การทำสมาธิ และกิจกรรมที่ใช้กายและจิต (เช่น ชี่กง ไทชิ โยคะ) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะที่รู้ตัวและสงบโดยผ่านเทคนิคแบบต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยสนใจ
>
> ๓) Biofeedback เป็นการใช้อุปกรณ์อิเลคโทรนิคเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายออกมาในรูป ตัวเลข แสง หรือเสียง ซึ่งอาจใช้ควบคู่กับการผ่อนคลายวิธีต่างๆ

๔) การลดความเครียด โดยการปรับเปลี่ยนความคิด หรือพฤติกรรมที่ตอบสองต่อความเครียดที่เป็นปัญหา

การเลือกใช้วิธีต่างๆ แล้วแต่ความชอบหรือถนัดของแต่ละบุคคล สำหรับการผ่อนคลายในช่วงแรกหลังจากฝึกเบื้องต้นแล้ว ควรกลับไปฝึกด้วยตนเองทุกวัน วันละ ๒-๓ รอบ หรือมากกว่านั้น จนสามารถใช้ได้อย่างคล่องแคล่วทันทีเมื่อมีความเครียด[๓๘]

สำหรับการนำหลักพุทธธรรมมาสนับสนุนการจัดการความเครียดจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยนำหลักการที่สอดคล้อง ดังนี้

(๑) ธรรมะที่ควรกำหนดรู้ให้เท่าทัน (ปริญเญยยธรรม) คำนึงถึงลักษณะสามัญ ๓ อย่าง (ไตรลักษณ์) อันทำให้รู้สัจธรรมของสภาวธรรมทั้งหลาย ที่เป็นไปอย่างนั้น ๆ ตามธรรมดาของมัน คือความเป็นของไม่เที่ยง (อนิจจัง) ความเป็นทุกข์ (ทุกขัง) ความเป็นของไม่ใช่ตน (อนัตตา) แล้วพยายามทำกายและใจของเราให้ปล่อยวาง

(๒) ธรรมะที่ควรเจริญไว้ (ภาเวตัพพธรรม) เหมาะสำหรับการบรรเทาความเครียด คือ การเจริญสมาธิเบื้องต้น การนั่ง คือนั่งให้สบาย แล้วเพ่งเอาจิตจดจ่ออยู่ที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น ที่ปลายจมูก พร้อมภาวนามนต์สั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คำว่า พุทโธ โดยหายใจเข้า พุท หายใจออก โธ มีความรู้สึกที่ปลายจมูกอยู่ตลอดเวลาที่หายใจเข้าออกหายใจออก ท่องภาวนาไว้เป็นอารมณ์ให้กำหนดรู้อยู่ในใจมีหลักยึด ส่วนการเจริญกรรมฐานด้วยการนอน คือให้นอนตะแคงข้างขวา เอามือขวารองศีรษะ ยืดมือซ้ายไปตามตัว ไม่นอนขด นอนคว่ำ หรือนอนหงาย แล้วก็สำรวมสติตั้งมั่นด้วยการภาวนาคำว่า พุทโธ หายใจเข้า พุธ หายใจออก โธ ให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว เช่นเดียวกับการนั่ง

(๓) ธรรมะที่ควรยึดถือปฏิบัติไว้ (ภาเวตัพพธรรม) เป็นหลักพื้นฐาน คือ มัชฌิมาปฏิปทา แปลว่า ทางสายกลาง หมายถึง ทางปฏิบัติที่ไม่สุดโต่งไปในทางอุดมการณ์ใดอุดมการณ์หนึ่งเกินไป มุ่งเน้นใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา ไม่ยึดถือหลักการงมงาย ในทางพุทธศาสนาหมายถึงทางสายกลางคืออริยมรรค มีองค์ ๘ กล่าวโดยสรุปคือ ศีล สมาธิ ปัญญา ดังนั้นเมื่อยึดทางสายกลางก็จะทำให้ร่างกายและจิตใจ ไม่มีความตึงเครียด และมีอารมณ์แจ่มใส ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย

จากการนำเสนอในเบื้องต้น สามารถสรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงจะมีมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ๑) ผู้ที่มีประวัติ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ๒) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ๓) ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ๔) น้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน ๕) ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด ๖) ผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ๗) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ๘) ผู้ที่มีความเครียด ดังนั้นเมื่อเกิดโรคแล้วจะต้องมีแนวทางในการ

---

[๓๘] ดูรายละเอียดในชาวิท ตันวีระชัยสกุล, “การจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, ใน **คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), หน้า ๑๒๕-๒๒๖.

ปฏิบัติตนให้เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดการลุกลามจนไม่สามารถควบคุมได้ จนเป็นสาเหตุให้เกิดเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งในการบูรณาการโดยปฏิบัติตนตามหลักการแพทย์ การสาธารณสุข และพุทธธรรม จะสามารถระงับหรือยับยั้งการคุกคาม กำเริบของโรคได้ ไม่ประมาทในการดำเนินกิจกรรมทุกอย่าง โดยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

๔.๔ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) คือ โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อบุภายในของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ทำให้หลอดเลือดตีบ ถ้าหลอดเลือดแดงนั้นตีบร้อยละ ๕๐ หรือมากกว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บอก ใจสั่น เหงื่อออก จะเป็นลม หมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลันได้[๓๙] โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นหลายประการ โรคหลอดเลือดหัวใจจะเริ่มพบในกลุ่มอายุน้อยลงคือประมาณ ๔๐ ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๗๐-๙๐ ปี ปัจจุบันแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่อุปติการณ์ของกลุ่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญไม่ได้ ลดลงตามไปด้วยเลย ดังนั้นในอนาคตจำนวนผู้ป่วยอาจกลับมาสูงขึ้นก็เป็นได้ หากไม่ได้รับการวางแผนจัดการกับโรคอย่างสมบูรณ์แบบและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสที่จะพัฒนากลายเป็นกลุ่มอาการ ที่เรียกว่า หัวใจวายเรื้อรังหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post MI & CHF) เพิ่มมากขึ้น[๔๐]

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายประการ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการป้องกันที่ต้นเหตุดีกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ ด้วยการพึ่งตนเองตามหลักการแพทย์ การสาธารณสุข ผสมผสานหลักพุทธธรรม แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดพลาดพลั้งหรือเป็นกรรมพันธุ์ เกิดเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นมา ก็ต้องปรับพฤติกรรมและปรับจิตใจให้ได้ ดังตารางที่ ๔.๑๐ ดังต่อไปนี้

---

[๓๙]สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด**, (นนทบุรี: ซีจี ทูล, ๒๕๕๑), หน้า ๕.

[๔๐]ดูรายละเอียดในศิริอร สินธุ, “สถานการณ์โรคเรื้อรังในสังคมไทย”, ใน **บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**, หน้า ๑๕-๒๒.

ตารางที่ ๔.๓ แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๑. ผู้ที่พ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคหัวใจ	โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคทางพันธุกรรมโรคหนึ่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงในกลุ่มนี้ จึงต้องเฝ้าระวังตนเอง	- การกำหนดรู้[๔๑] - หลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ)[๔๒] -อัปปมาทะ
๒. ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน	โรคที่มักเป็นอยู่ก่อนและมีโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเกาต์ เป็นต้น	- พละ ๔ - อิทธิบาท ๔ -อัปปมาทะ
๓. ผู้ที่สูบบุหรี่	ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นโรคมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ๒ เท่า	- การรักษาศีล ๕ - เว้นอบายมุข ๖ -วัฒนมุข ๖[๔๓]
๔. ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วน	น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)	อปัณณกปฏิปทา - โภชเนมัตตัญญุตา - เดินจงกรม สวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ
๕. ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย	การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี	- การเดินจงกรม - อิทธิบาท ๔
๖. ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	รับประทานอาหารจำพวกสารไขมันมากเกินไป และมีไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง	อปัณณกปฏิปทา -โภชเนมัตตัญญุตา (รู้จักพิจารณาอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย)[๔๔]

[๔๑] องฺ.ฉกฺก.อ. (ไทย) ๓/๔๙/๑๒๘.

[๔๒] องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๑๙/๑๑๔.

[๔๓] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๐๘-๑๕๒-๑๕๓.

[๔๔] ม.ม.อ. (ไทย) ๒/๔๒๕/๓๐๓.

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
		- พละ ๔

จากการนำเสนอในเบื้องต้น สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค ดังนี้

๑) ผู้ที่พ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง จากการวินิจฉัยของแพทย์และรายงานว่า "ประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมองก่อนวัยอันควร คือ ก่อนอายุ ๕๕ ปีในชาย และก่อนอายุ ๖๕ ปีในหญิง"[๔๕] แต่ถ้าเกิดเป็นโรคขึ้นมาก็ถือว่าเป็นเรื่องของกรรมแต่ละคน เราไม่ควรจะกล่าวโทษพ่อแม่ ที่ทำให้เราเป็นโรค ควรนึกถึงพระคุณของพ่อแม่ที่ให้เราเกิดมา เราจะต้องนึกถึงบุญคุณและตอบแทนท่านและให้นึกถึงพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าในหลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ) ไม่ประมาทในการดูแลตนเอง คำนึงถึงความรุนแรงของโรค และความแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ (อัปปมาทะ)

๒) ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน

โรคที่มักเป็นอยู่ก่อนและมีโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ สาเหตุของโรคอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือ หลายปัจจัยเสี่ยงรวมกันก็ได้[๔๖] สำหรับการบูรณาการในการดูแลตนเองสามารถนำหลักหลักพุทธธรรม (ภาเวตัพพธรรม) ควบคู่ไปด้วยคือธรรมเกื้อกูลให้สำเร็จความประสงค์ (อิทธิบาท ๔) ความไม่ประมาทถึงความรุนแรงของโรค และความแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ (อัปปมาทะ) และปฏิบัติสมาธิให้เกิดความมีใจตั้งมั่น สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ช่วยให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข หลักธรรมเพื่อความเจริญรักษาโรค (ภาเวตัพพธรรม) ในการเสริมพลังด้านจิตใจด้วยธรรมหมวด พละ ๔ อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง ได้แก่ กำลังปัญญา (ปัญญาพละ) คือต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนให้ถ่องแท้ เพื่อจะปฏิบัติได้ถูกต้อง กำลังความเพียร (วิริยะพละ) โดยจะต้องขยันหมั่นเพียรในการกินยาและดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจตนเองอย่างต่อเนื่อง กำลังความสุจริต (อนวัชชพละ) คือ ทำแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงาม กำลังสังเคราะห์ (สังคหพละ) คือช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมแก่คู่ครอง ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อให้มีผู้ดูรักษาและช่วยเหลือ

---

[๔๕]สุรพันธ์ สิทธิสุข และฆนัท ครุธกูล บรรณาธิการ, **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี ๒๕๕๑**, หน้า ๑๑.

[๔๖]ภานุวัฒน์ ปานเกตุ และคณะ, **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๓), หน้า ๒๓.

ด้วยสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งให้มีความอบอุ่นทางกายและจิตใจที่ดีด้วย มี สติสัมปชัญญะ อิทธิบาท ๔ และ พละ ๔ เป็นต้น

๓) ผู้ที่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ หมายถึง ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์หรือหยุดสูบไม่เกิน ๑ ปี การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเด็นนี้หมายความรวมถึงทั้งผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นซึ่งเรียกว่าผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควันชนิดต่างๆ เช่น ยาฉุน ยาเส้น ตลอดจนผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน และเพิ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน เนื่องจากพบว่าหลังจากหยุดสูบบุหรี่หยุดสูบได้อย่างน้อย ๑๐ ปีจึงจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และต้องเลิกสูบบุหรี่นานติดต่อกันมากกว่า ๑๕ ปี ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงจะลดลงเหลือเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่[๔๗] คำแนะนำที่ดีที่สุดก็คือการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ถึงแม้จะเป็นเรื่องที่พูดง่ายแต่ทำยากก็ตาม จากประสบการณ์ของคลินิกอดบุหรี่ อดเหล้าต่างๆ พบว่า การตัดสินใจเลิกทันทีโดยเด็ดขาดแล้วไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้อีกเลย เป็นวิธีการที่ได้ผลที่สุด หากเลิกแล้วมีอาการแทรกซ้อนหรือต้องหาสิ่งดีๆ อื่นมาทดแทน ก็ให้ปรึกษาและปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ สำหรับธรรมะที่จะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวกายและใจให้แกล้วกล้าและยืนหยัดเลิกพฤติกรรมเดิมได้ และสร้างพฤติกรรมที่ดีใหม่นั้น มีความจำเป็นต้องอาศัยหลายหมวดธรรมที่พึงทำความเข้าใจ ธรรมะสำหรับละเว้น และธรรมะสำหรับเจริญให้มีขึ้นมากยิ่งต่อไป เชื่อมโยงและหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่

(๑) ธรรมะที่ควรประพฤติเว้น (ปหาตัพพธรรม) คือ การปฏิบัติเบญจศีล (ศีล ๕) ข้อ ๕ โดยเว้นจากน้ำเมา คือสุราเมรัย อันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท เว้นจากสิ่งเสพติดให้โทษทั้งสุราและบุหรี่ ซึ่งเป็นสารเสพติดด้วย และปฏิบัติเบญจธรรมควบคู่กันไปด้วยเฉพาะข้อ ๕ ที่ว่าด้วยความระลึกได้ และความรู้ตัว (สติสัมปชัญญะ) จะช่วยให้เป็นคนรู้จักยั้งคิดและรู้ตัวเสมอว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่ทำให้เกิดประโยชน์อะไร ซ้ำยังทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ มะเร็งตับ เป็นต้น จะช่วยให้ตัดสินใจเลิกได้ง่ายขึ้น

(๒) ธรรมะที่ควรประพฤติเว้น (ปหาตัพพธรรม) อีกหมวดคือ เว้นจากช่องทางของความเสื่อมทางแห่งความพินาศ (อบายมุข ๖) ได้แก่ ดื่มน้ำเมา เที่ยวกลางคืน เที่ยวดูการเล่น เล่นการพนัน คบคนชั่วเป็นมิตร และเกียจคร้านในการทำงาน อบายมุขทั้ง ๖ มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันคือถ้าทำอบายมุขอย่างหนึ่งขึ้น ก็มักจะโยงไปสู่อบายมุขอย่างอื่นๆ ตามมา เช่น ดื่มสุราก็มักจะเกิดโรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรังตามมา เป็นต้น จึงควรละเว้นอบายมุขทั้ง ๖ ประการ

---

[๔๗]เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๙.

(๓) ธรรมะที่ควรเว้นขาด (ปหาตัพพธรรม) คือ เจริญธรรมมงคลชีวิตข้อที่เป็นเหตุแห่งความสุข ความก้าวหน้าในการดำเนินชีวิต หนึ่งใน ๓๘ ประการ คือ การเว้นจากการดื่มน้ำเมา ซึ่งโยงกับศีล ๕ และอบายมุขข้อ ๑ ด้วย

(๔) ธรรมะที่ควรเจริญให้มากยิ่งขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือปฏิบัติตามธรรมที่เป็นทางแห่งความเจริญหรือธรรมที่เป็นดุจประตูชัยอันจะเปิดออกไปให้ก้าวหน้าสู่ความเจริญงอกงามของชีวิต (วัฒนมุข ๖) ได้แก่ ๑) ความไม่มีโรค, ความมีสุขภาพดี (อาโรคยะ) ๒) ความประพฤติดี มีวินัย ไม่ก่อเวรกัน ได้ฝึกในมรรยาทอันงาม (ศีล) ๓) ศึกษาแนวทาง มองดูแบบอย่าง เข้าถึงความคิดของพุทธชนเหล่าคนผู้เป็นบัณฑิต (พุทธานุมัต) ๔) ใฝ่เล่าเรียนหาความรู้ ฝึกตนให้เชี่ยวชาญและทันต่อเหตุการณ์ (สุตะ) ๕) ดำเนินชีวิตและกิจการงานโดยทางชอบธรรม (ธรรมานุวัติ) ๖) เพียรพยายามไม่ระย่อ มีกำลังใจแข็งกล้า ไม่ท้อถอยเฉื่อยชา เพียรก้าวหน้าเรื่อยไป (อลีนตา)[๙๘]

(๕) ธรรมะที่ควรเจริญให้มากยิ่งขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือ ระมัดระวังหรือสำรวมตา หู จมูก ลิ้น กายใจ และสัมผัส (อินทรีสังวร) เพื่อปิดวงจรร้ายหรือปิดโอกาสที่จะทำการใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

(๖) ธรรมะที่ควรประพฤติปฏิบัติ (ภาเวตัพพธรรม) คือ การเดินจงกรม สวดมนต์ เจริญสมาธิให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจมั่งคงยึดมั่นในความตั้งใจงดดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ให้ได้

(๗) ธรรมที่ควรเจริญ (ภาเวตัพพธรรม) อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง (พละ ๔) ได้แก่ การใช้กำลังปัญญา (ปัญญาพละ) กำลังความเพียร (วิริยพละ) กำลังความดี (อนวัชชพละ) กำลังน้ำใจ (สังคหพละ) เพื่อให้มีพลังทางกายพลังใจอดบุหรี่ อดสุราได้อย่างมั่นใจ

๔) ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วน

ผู้มีภาวะอ้วน นั้นหมายถึง น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นโดยประเมินจากการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) คือ คำนวณได้จากการใช้น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูง หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งค่าปกติ คือ ๑๘-๒๒ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้า BMI มากกว่า ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกินและถ้ามีค่า BMI มากกว่า ๓๐ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าอ้วน ซึ่งมีไขมันสะสมในส่วนท้องมากเกินไป วัดโดยใช้ความยาวรอบเอวที่ระดับขอบกระดูกเชิงกรานขนานกับพื้นในช่วงเวลาหายใจออก เป็นตัวชี้วัดว่าอ้วนหรือไม่ ค่ามาตรฐานในผู้ชาย ควรน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร ในผู้หญิงควรน้อยกว่า ๘๐ ซม. การลดน้ำหนักหรือความอ้วนเหล่านี้ ทำได้โดยการควบคุมอาหาร ซึ่งควรรับประทานให้ครบ ๕ หมู่ตามหลักโภชนาการให้ได้สัดส่วนในปริมาณที่พอเหมาะ สำหรับธรรมะที่เน้นเพื่อการเข้าใจ (ปริญเญยยธรรม) น้อมนำมาปฏิบัตินั้น ควรเป็นการรู้จักประมาณในการบริโภค

---

[๙๘] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๕๒-๑๕๓.

(โภชเนมัตตัญญุตา) การพิจารณาให้รอบคอบรู้จริงก่อนบริโภค (ปัจจัยสันนิสิตศีล) เสริมพลังกายและใจให้เข้มแข็งอดทนในการฝึกตนเองให้เกิดนิสัยในการไม่กินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงและรสเค็มเกินไป ด้วยการเจริญธรรม (ภาเวตัพพธรรม) หมวดพละ ๔ และสวดมนต์ เจริญสมาธิ เป็นประจำ

นอกจากนี้ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ผู้กินอาหารที่มีไขมันสูง ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น และ ผู้ที่มีความเครียด เป็นต้น จะมีส่วนที่ทำให้อาการของโรคดังได้กล่าวไว้ในรายละเอียดของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการเจ็บป่วยและเสียชิตส่วนมากจะมีสาเหตุมาจากการไม่ระมัดระวังในการดูแลสุขภาพ ฉะนั้นในการแนะนำในการดูแลสุขภาพ จะต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงเพราะหากบริโภคเกินร่างกายจะเปลี่ยนอาหารเหล่านี้เป็น ไขมันสะสม ได้แก่ ๑) อาหารที่มีไขมันแฝงอยู่มาก อาหารทอด เช่น ไกทอด แกงกะทิ หลนต่างๆ เครื่องในสัตว์ สมองหมู ไส้กรอก ๒) เนื้อสัตว์ติดมัน หนังเป็ด หนังไก่ ไข่แดง แฮม เบคอน หมูยอ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอยนางรม ๓) ขนมหวานที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลและกะทิหรือมะพร้าว เช่น กล้วยบวชชี ขนมหม้อแกง ถั่วดำ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ ข้าวโพดคลุกมะพร้าวน้ำตาล ๔) ไขมันที่ได้จากสัตว์ เช่น เนย มันหมู หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ๕) หลีกเลี่ยงการใช้เนยเทียม น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ในการประกอบอาหาร[๔๙]

สำหรับพุทธธรรมที่หนุนเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ นำมาปฏิบัติตนมีผลต่อเนื่องในการรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถนำหลักธรรมหมวดต่อไปนี้มาปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม คือ

๑) อัปปมาทะ แปลว่า ความไม่ประมาท คือความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียรที่มีสติ เป็นเครื่องเร่งเร้าและควบคุม ได้แก่ การดำเนินชีวิต โดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติปฏิบัติและการกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการทำให้เกิดโรคกำเริบ หรือมีโรคแทรกซ้อน รวมทั้งไม่ประมาทในการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความตั้งใจปฏิบัติตนในการลดความเสี่ยงและรักษาพยาบาลโรคได้ผลดี

๒) โภชเนมัตตัญญุตา หมายถึง ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร รู้จักประมาณในการกิน คือกินเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย ให้ชีวิตเป็นอยู่ได้ผาสุก มิใช่เพื่อสนุกสนานมัวเมา ช่วยให้กินอาหารถูกต้อง ครบ ๕ หมู่ ลดไขมัน ลดเกลือ ลดความอ้วน และลดสิ่งที่เป็นโทษ เช่น น้ำชา กาแฟ ได้ด้วย

๓) การเดินจงกรม ตามปกติคนเราโดยทั่วไปจะเดินช้าหรือเร็วก็ตาม ย่อมก้าวเท้าเดินไปตามระยะหรือจังหวะ ไม่ปรากฏว่ามีใครเคยกำหนดว่าก้าวหนึ่งๆ มีกี่ระยะ หรือกี่จังหวะ และไม่เคยกำหนด ซ้าย-ขวา ในการก้าวย่าง นอกจากทางการทหาร ซึ่งมีความมุ่งหมายไปอีกทางหนึ่ง ต่างจากความมุ่งหมายในการปฏิบัติธรรม อิริยาบถเดินเป็นอาการเคลื่อนไหวทางกาย

---

[๔๙]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๒๔.

อย่างหนึ่ง สามารถเป็นสื่อให้จิตเกิดความตั้งมั่นได้เช่นกัน แนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้น คือ ความตั้งใจในการเดินไปและกลับในจังหวะต่างๆ ตามระยะทางที่กำหนดไว้เรียกว่า เดินจงกรม เช่น จงกรม ๑ ระยะ : ซ้ายย่างหนอ-ขวาย่างหนอ หรือ เดินจงกรม โดยให้กำหนดความสั้น ความยาว ของเส้นทางที่จะเดินสุดแท้แต่เราเอง ควรจะหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ไม่อึกทึกครึกโครม และไม่มีสิ่งรบกวนจากรอบข้าง

นอกจากนั้นที่ที่จะเดินไม่ควรสูงๆ ต่ำๆ แต่ควรเรียบเสมอกัน เมื่อหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสมได้แล้ว ก็ตั้งสติ อย่าเงยหน้าหรือก้มหน้านัก ให้สำรวมสายตาให้ทอดลงพอดี วางมือทั้งสองลงข้างหน้าทับเหมือนกับยืน การเดินแต่ละก้าวก็ให้จิตตั้งมั่นอยู่กับคำบริกรรมว่า พุทโธ โดยเดินอย่างสำรวม ช้า ๆ ไม่เร่งรีบ กำหนดรู้ในใจด้วยการมีสติตลอดเวลา

๔) อิทธิบาท ๔ หมายถึงฐานหรือหนทางสู่ความสำเร็จหรือคุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จแห่งผลที่มุ่งหมายในที่นี่คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อผลทางสุขภาพ มี ๔ ประการ คือ

(๑) ฉันทะ : พอใจ คือ ความต้องการที่จะออกกำลังกาย ใฝ่ใจรักจะออกกำลังกายอยู่เสมอและ ปรารถนาจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลดีต่อสุขภาพยิ่งๆ ขึ้นไป

(๒) วิริยะ : ตั้งใจ คือ ขยันออกกำลังกายด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทน เอาธุระไม่ท้อถอย

(๓) จิตตะ : ใส่ใจ คือตั้งจิตมั่น เอาจิตฝักใฝ่ในการออกกำลังกายอยู่เสมอ

(๔) วิมังสา : เข้าใจ คือ หมั่นใช้ปัญญา พิจารณาใคร่ครวญ ตรวจหาเหตุผล และตรวจสอบปัญหา ในการรักษาพยาบาลตน ปรึกษาแพทย์ในการ วัดผล คิดค้นวิธีแก้ไข ปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ

๖) การเจริญสมาธิเบื้องต้น การนั่ง คือนั่งให้สบาย แล้วเพ่งเอาจิตจดจ่ออยู่ที่จุดใดจุดหนึ่ง ที่ปลายจมูก มีคำบริกรรม เช่น พุทโธ โดยหายใจเข้า พุท หายใจออก โธ มีความรู้สึกที่ปลายจมูกอยู่ตลอดเวลาที่หายใจเข้าออกหายใจออก ท่องภาวนาไว้เป็นอารมณ์ให้กำหนดรู้อยู่ในใจ การนอน คือให้นอนตะแคงข้างขวา เอามือขวารองศีรษะ ยืดมือซ้ายไปตามตัว ไม่นอนขดนอนคว่ำ หรือนอนหงาย แล้วก็สำรวมสติตั้งมั่นด้วยการภาวนาคำว่า พุทโธ หายใจเข้า พุธ หายใจออก โธ ให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว เช่นเดียวกับการนั่ง

ทั้งภาวะมีน้ำตาลและไขมันสูง เป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดในร่างกายเริ่มขาดความยืดหยุ่น และมีการแข็งตัวของหลอดเลือดในลำดับต่อมา เมื่อหลอดเลือดมีการแข็งตัวไม่ยืดหยุ่น โรคความดันโลหิตสูงก็เกิดขึ้นและสิ่งที่ตามมา คือ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบกับไขมันที่มากในเลือด จะทำหน้าที่เหมือนตัวอุดกั้นทางเดินโลหิต ให้หลอดเลือดมีการอุดตัน ก่อให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะที่หลอดเลือดนั้นหล่อเลี้ยงอยู่ ซึ่งทั้งไขมันและน้ำตาลในเลือดสูงนั้นเกิดจากลักษณะการกินอาหารเป็นส่วนใหญ่ และการปฏิบัติ ดูแล

ร่างกาย ทั้งภาวะที่ปกติ ภาวะที่มีความเสี่ยง หรือแม้เป็นผู้ป่วยแล้ว ล้วนต้องใช้หมวดธรรมที่สำคัญ คือ ความไม่ประมาท (อัปปมาทะ) โภชเนมัตตัญญุตา[๕๐]

สามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคนี้เกิดจากพฤติกรรม เป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง ประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคที่มักเป็นอยู่ก่อนและมีโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องซึ่งสั่งสมพอกพูนเป็นปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือ หลายปัจจัยเสี่ยงรวมกันก็ได้ สำหรับพุทธธรรมที่หนุนเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ นำมาปฏิบัติตนมีผลต่อเนื่องในการรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถนำหลักธรรมหมวดต่อไปนี้มาปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ความไม่ประมาท การปฏิบัติทางสายกลาง ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร การเดินจงกรม อิทธิบาท ๔ และ การเจริญสมาธิเบื้องต้น เป็นต้น แต่หมวดธรรมที่พึงพิจารณาเป็นสำคัญและเอาใจใส่เป็นพิเศษ คือ ความไม่ประมาทและการรู้จักประมาณในการบริโภค ทั้งนี้เนื่องจากการกำเริบของโรคส่วนมากแล้วแล้วมาจากพฤติกรรมที่ขาดการระมัดระวัง ไม่เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้เกิดการสะสมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค คือ ส่งผลให้โรคมีการลุกลาม และเสียชีวิตในที่สุด

๔.๕ การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงพบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ ๓ รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สำหรับในประเทศจีนและญี่ปุ่นพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกับประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของความพิการที่สำคัญทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับ ๒ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญยิ่งโรคหนึ่งของประชากรไทย[๕๑]

โรคหลอดเลือดสมอง จัดอยู่ในกลุ่มโรคของระบบการไหลเวียนที่เป็นโรคปลายทางของความดันโลหิตสูง นับได้ว่าเป็นโรคอันดับต้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัว

---

[๕๐]ดูรายละเอียดในพระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด วิถีพุทธ**, หน้า ๒๕-๒๙.

[๕๑]มัยธัช สามเสน และคณะ, **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์,** ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ (บรรณาธิการ), (กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๕), หน้า ๑.

และสังคม องค์กรอนามัยโลกประมาณการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไว้ราว ๑.๑ ล้านคนในปีค.ศ. ๒๐๐๐ เพิ่มเป็น ๑.๕ ล้านคนในปีค.ศ.๒๐๒๕ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ คนต่อปี หรือ ๒๐๖.๓๔ ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือทุกๆ ๑ นาทีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่จำนวน ๔ ราย และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ๑๑ ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำถึง ๔ เท่าตัว ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุอันดับที่ ๒ และ ๓ ของความสูญเสียของประเทศ เนื่องจากการป่วย พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้หญิง และผู้ชาย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ ๒ ทั้งในชายและหญิง ดังนั้น การทำความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองในด้านอุบัติการณ์ จะช่วยให้สามารถเข้าใจและวิเคราะห์ สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผนจัดการโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๕๒] ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการป้องกันที่ต้นเหตุดีกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ ด้วยการพึ่งตนเองตามหลักการแพทย์การสาธารณสุข ผสมผสานหลักพุทธธรรม แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดพลาดพลั้งหรือเป็นกรรมพันธุ์ เกิดเป็นโรคขึ้นมา ก็ต้องปรับพฤติกรรมและปรับจิตใจให้ได้ ดังตารางที่ ๔.๑๑ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ ๔.๔ แสดงการบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
๑. ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางพันธุกรรมโรคหนึ่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงในกลุ่มนี้ จึงต้องเฝ้าระวังตนเอง	- การกำหนดรู้ - หลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ)
๒. ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน	โรคที่มักเป็นอยู่ก่อนและมีโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น	-อิทธิบาท ๔ -พละ ๔ -อัปปมาทะ
๓. ผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา	-ผู้ที่สูบบุหรี่จะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดโรคหลอด	- การรักษาศีล ๕ - เว้นอบายมุข ๖ - วัฒนมุข ๖

[๕๒] สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์,** (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑.

มูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สาเหตุของการเกิดโรค	หลักพุทธธรรมที่นำบูรณาการ
	เลือดแข็งด้วย -การดื่มสุรามากเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากดื่มประมาณหนึ่งหน่วยสุราจะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	
๔. ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วน	ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน	- โภชเนมัตตัญญุตา - เดินจงกรม สวดมนต์ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ
๕. ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย	การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี	- การเดินจงกรม - อิทธิบาท ๔
๖. ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น	อายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น	- สติ : ความระลึกได้ - สัมปชัญญะ - ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ

จากการนำเสนอในเบื้องต้น สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองจะมีมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค ที่สำคัญประกอบด้วย ๑) ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ๒) ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน ๓) ผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ๔) ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วน ๕) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย และ ๖) ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

๑) ผู้ที่พ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือประวัติครอบครัวของการมีโรคหลอดเลือดสมองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดังนั้นปัจจัยทางพันธุกรรมหรือการมีประวัติครอบครัวของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่ควรถูกมองข้าม ผู้มีภาวะเสี่ยงควรได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[๕๓] แต่ถ้าเกิดเป็นโรคขึ้นมาก็ถือ

---

[๕๓]สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, “โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย”, **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๒.

ว่าเป็นเรื่องของกรรมแต่ละคน เราไม่ควรจะกล่าวโทษพ่อแม่ ที่ทำให้เราเป็นโรค ควรนึกถึงพระคุณของพ่อแม่ที่ให้เราเกิดมา เราจะต้องนึกถึงบุญคุณและตอบแทนท่านและให้นึกถึงพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าในหลักกตัญญู (รู้คุณ) กตเวทิตา (ตอบแทนคุณ)

๒) ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน

โรคที่มักเป็นอยู่ก่อนและมีโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น[๕๔] ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องซึ่งสั่งสมพอกพูนเป็นปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือ หลายปัจจัยเสี่ยงรวมกันก็ได้ เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดการรักษาที่สม่ำเสมอ[๕๕] ความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย พบว่ากว่าร้อยละ ๓๕-๗๓ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย[๕๖]

สำหรับการบูรณาการในการดูแลตนเองสามารถนำหลักหลักพุทธธรรม (ภาเวตัพพธรรม) ควบคู่ไปด้วยคือธรรมเกื้อกูลให้สำเร็จความประสงค์ (อิทธิบาท ๔) ความไม่ประมาทถึงความรุนแรงของโรค และความแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ (อัปปมาทะ) และปฏิบัติสมาธิให้เกิดความมีใจตั้งมั่น สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ช่วยให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข หลักธรรมเพื่อความเจริญรักษาโรค (ภาเวตัพพธรรม) ในการเสริมพลังด้านจิตใจด้วยธรรมหมวด พละ ๔ อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง ได้แก่ กำลังปัญญา (ปัญญาพละ) คือต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค เบาหวานและภาวะแทรกซ้อนให้ถ่องแท้ เพื่อจะปฏิบัติได้ถูกต้อง กำลังความเพียร (วิริยะพละ) โดยจะต้องขยันหมั่นเพียรในการกินยาและดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจตนเองอย่างต่อเนื่อง กำลังความสุจริต (อนวัชชพละ) คือ ทำแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงาม กำลังสังเคราะห์ (สังคหพละ) คือช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมแก่คู่ครอง ลูกหลาน ญาติพี่น้องเพื่อให้มีผู้ดูรักษาและช่วยเหลือด้วยสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งให้มีความอบอุ่นทางกายและจิตใจที่ดีด้วย

๓) ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรามาก

ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำและสูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดให้เกิดโรคนี้ได้ ดังกรณีศึกษาของชายไทยอายุ ๔๑ ปี จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคมีอาการนอนหมดสติ แขนขาขวาอ่อนแรง พูดคุยไม่รู้เรื่อง ๘ ชั่วโมงก่อนมา

---

[๕๔]ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๐), หน้า ๓๓.

[๕๕]สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์,** หน้า ๔๐.

[๕๖]อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล**, (กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิสซิ่ง, ๒๕๕๔), หน้า ๑.

โรงพยาบาล[๕๗] บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบประมาณ ๒ เท่า การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง[๕๘] สำหรับธรรมะที่จะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวกายและใจให้แกล้วกล้าและยืนหยัดเลิกพฤติกรรมเดิมได้และสร้างพฤติกรรมที่ดีใหม่นั้น มีความจำเป็นต้องอาศัยหลายหมวดธรรมที่พึ่งทำความเข้าใจธรรมะสำหรับละเว้น และธรรมะสำหรับเจริญให้มีขึ้นมากยิ่งต่อไป เชื่อมโยงและหนุนเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่

(๑) ธรรมะที่ควรประพฤติเว้น (ปหาตัพพธรรม) คือ การปฏิบัติเบญจศีล (ศีล ๕) ข้อ ๕ โดยเว้นจากน้ำเมา คือสุราเมรัย อันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท เว้นจากสิ่งเสพติดให้โทษทั้งสุราและบุหรี่ ซึ่งเป็นสารเสพติดด้วย และปฏิบัติเบญจธรรมควบคู่กันไปด้วยเฉพาะข้อ ๕ ที่ว่าด้วยความระลึกได้ และความรู้ตัว (สติสัมปชัญญะ) จะช่วยให้เป็นคนรู้จักยั้งคิดและรู้ตัวเสมอว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่ทำให้เกิดประโยชน์อะไร ซ้ำยังทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบ มะเร็งตับ เป็นต้น จะช่วยให้ตัดสินใจเลิกได้ง่ายขึ้น เว้นจากช่องทางของความเสื่อมทางแห่งความพินาศ (อบายมุข ๖) ได้แก่ ดื่มน้ำเมา เที่ยวกลางคืน เที่ยวดูการเล่น เล่นการพนัน คบคนชั่วเป็นมิตร และเกียจคร้านในการทำงาน อบายมุขทั้ง ๖ มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันคือถ้าทำอบายมุขอย่างหนึ่งขึ้น ก็มักจะโยงไปสู่อบายมุขอย่างอื่นๆ ตามมา เช่น ดื่มสุราก็มักจะเกิดโรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรังตามมา เป็นต้น จึงควรละเว้นอบายมุขทั้ง ๖ ประการ

(๒) ธรรมะที่ควรเจริญให้มากยิ่งขึ้น (ภาเวตัพพธรรม) คือปฏิบัติตามธรรมที่เป็นทางแห่งความเจริญหรือธรรมที่เป็นดุจประตูชัยอันจะเปิดออกไปให้ก้าวหน้าสู่ความเจริญงอกงามของชีวิต (วัฒนมุข ๖) ได้แก่ ๑) ความไม่มีโรค ความมีสุขภาพดี (อาโรคยะ) ๒) ความประพฤติดี มีวินัย ไม่ก่อเวรกัน ได้ฝึกในมรรยาทอันงาม (ศีล) ๓) ศึกษาแนวทาง มองดูแบบอย่าง เข้าถึงความคิดของพุทธชนเหล่าคนผู้เป็นบัณฑิต (พุทธานุมัต) ๔) ใฝ่เล่าเรียนหาความรู้ ฝึกตนให้เชี่ยวชาญและทันต่อเหตุการณ์ (สุตะ) ๕) ดำเนินชีวิตและกิจการงานโดยทางชอบธรรม (ธรรมานุวัติ) ๖) เพียรพยายามไม่ระย่อ มีกำลังใจแข็งกล้า ไม่ท้อถอยเฉื่อยชา เพียรก้าวหน้าเรื่อยไป (อลีนตา)[๕๙]

(๒) ธรรมที่ควรเจริญ (ภาเวตัพพธรรม) อันเป็นพลังทำให้ดำเนินชีวิตด้วยความมั่นใจ ไม่หวั่นไหวต่อภัยทุกอย่าง (พละ ๔) ได้แก่ การใช้กำลังปัญญา (ปัญญาพละ) กำลังความ

---

[๕๗]สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ, **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์,** หน้า ๔๗.

[๕๘]ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**, หน้า ๓๕.

[๕๙]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม,** หน้า ๑๕๒-๑๕๓.

เพียร (วิริยพละ) กำลังความดี (อนวัชชพละ) กำลังน้ำใจ (สังคหพละ) เพื่อให้มีพลังทางกาย พลังใจอดบุหรี่ อดสุราได้อย่างมั่นใจ

๔) ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วน

ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ มีหลักฐานสนับสนุนว่าผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุง มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน ๒.๓ เท่า และจากการศึกษาในผู้หญิง พบว่าผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ กิโลกรัม หลังอายุ ๑๘ ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นโดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ ๑.๗ เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง ๕ กก. ที่มีความเสี่ยงอื่นๆ ใกล้เคียงกัน[๖๐] นอกจากนี้ยังมีผลให้เกิดไขมันในเลือดสูง ที่ส่งผลให้ทำให้ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่น เกิดการตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด[๖๑] ดังนั้นจึงต้องควบคุมน้ำหนักของตนเองไม่ให้นำหนักเกินมาตรฐาน สำหรับธรรมะที่น้อมนำมาปฏิบัตินั้น ควรเป็นการรู้จักประมาณในการบริโภค (โภชเนมัตตัญญุตา) การพิจารณาให้รอบคอบรู้จริงก่อนบริโภค เสริมพลังกายและใจให้เข้มแข็งอดทนในการฝึกตนเองให้เกิดนิสัยในการไม่กินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง และรสเค็มเกินไป ด้วยการเจริญธรรม (ภาเวตัพพธรรม) หมวดพละ ๔ และสวดมนต์ เจริญสมาธิ เป็นประจำ

นอกจากนี้ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ผู้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ผู้ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น และ ผู้ที่มีความเครียด เป็นต้น จะมีส่วนที่ทำให้อาการของโรคดังได้กล่าวไว้ในรายละเอียดของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการเจ็บป่วยและเสียชิตส่วนมากจะมีสาเหตุมาจากการไม่ระมัดระวังในการดูแลสุขภาพ ฉะนั้นในการแนะนำในการดูแลสุขภาพ จะต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงเพราะหากบริโภคเกินร่างกายจะเปลี่ยนอาหารเหล่านี้เป็น ไขมันสะสม ได้แก่ ๑) อาหารที่มีไขมันแฝงอยู่มาก อาหารทอด เช่น ไกทอด แกงกะทิ หลนต่างๆ เครื่องในสัตว์ สมองหมู ไส้กรอก ๒) เนื้อสัตว์ติดมัน หนังเป็ด หนังไก่ ไข่แดง แฮม เบคอน หมูยอ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอยนางรม ๓) ขนมหวานที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลและกะทิหรือมะพร้าว เช่น กล้วยบวชชี ขนมหม้อแกง ถั่วดำ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ ข้าวโพดคลุกมะพร้าวน้ำตาล ๔) ไขมันที่ได้จากสัตว์ เช่น เนย มันหมู หมูสาม

---

[๖๐] ดูรายละเอียดในกิ่งแก้ว ปาจรีย์ บรรณาธิการ, **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,** (กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๐).

[๖๑] อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ, **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล**, หน้า ๑-๒.

ชั้น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ๕) หลีกเลี่ยงการใช้เนยเทียม น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ในการประกอบอาหาร[๖๒]

สำหรับพุทธธรรมที่หนุนเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ นำมาปฏิบัติตนมีผลต่อเนื่องในการรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถนำหลักธรรมหมวดต่อไปนี้มาปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม คือ

๑) อัปปมาทะ แปลว่า ความไม่ประมาท คือความเป็นอยู่อย่างไม่ขาดสติ หรือความเพียรที่มีสติ เป็นเครื่องเร่งเร้าและควบคุม ได้แก่ การดำเนินชีวิต โดยมีสติเป็นเครื่องกำกับความประพฤติปฏิบัติและการกระทำทุกอย่าง ระมัดระวังตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกำเริบ หรือมีโรคแทรกซ้อน รวมทั้งไม่ประมาทในการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความตั้งใจปฏิบัติตนในการลดความเสี่ยงและรักษาพยาบาลโรคได้ผลดี

๒) โภชเนมัตตัญญุตา หมายถึง ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร รู้จักประมาณในการกิน คือกินเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย ให้ชีวิตเป็นอยู่ได้ผาสุก มิใช่เพื่อสนุกสนานมัวเมา ช่วยให้กินอาหารถูกต้อง ครบ ๕ หมู่ ลดไขมัน ลดเกลือ ลดความอ้วน และลดสิ่งที่เป็นโทษ เช่น น้ำชา กาแฟ ได้ด้วย

๔) การเดินจงกรม ตามปกติคนเราโดยทั่วไปจะเดินช้าหรือเร็วก็ตาม ย่อมก้าวเท้าเดินไปตามระยะหรือจังหวะ ไม่ปรากฏว่ามีใครเคยกำหนดว่าก้าวหนึ่งๆ มีกี่ระยะ หรือกี่จังหวะ และไม่เคยกำหนด ซ้าย-ขวา ในการก้าวย่าง นอกจากทางการทหาร ซึ่งมีความมุ่งหมายไปอีกทางหนึ่ง ต่างจากความมุ่งหมายในการปฏิบัติธรรม อิริยาบถเดินเป็นอาการเคลื่อนไหวทางกายอย่างหนึ่ง สามารถเป็นสื่อให้จิตเกิดความตั้งมั่นได้เช่นกัน แนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้น คือความตั้งใจในการเดินไปและกลับในจังหวะต่างๆ ตามระยะทางที่กำหนดไว้เรียกว่า เดินจงกรม เช่น จงกรม ๑ ระยะ : ซ้ายย่างหนอ-ขวาย่างหนอ หรือ เดินจงกรม โดยให้กำหนดความสั้นความยาว ของเส้นทางที่จะเดินสุดแท้แต่เราเอง ควรจะหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ไม่อึกทึกครึกโครม และไม่มีสิ่งรบกวนจากรอบข้าง

๕) อิทธิบาท ๔ หมายถึง คุณธรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จแห่งผลที่มุ่งหมายในที่นี่คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อผลทางสุขภาพ มี ๔ ประการ คือ

(๑) ฉันทะ : พอใจ คือ ความต้องการที่จะออกกำลังกาย ใฝ่ใจรักจะออกกำลังกายอยู่เสมอและ ปรารถนาจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลดีต่อสุขภาพยิ่งๆ ขึ้นไป

(๒) วิริยะ : ตั้งใจ คือ ขยันออกกำลังกายด้วยความพยายาม เข้มแข็ง อดทน เอาธุระไม่ท้อถอย

(๓) จิตตะ : ใส่ใจ คือตั้งจิตมั่น เอาจิตฝักใฝ่ในการออกกำลังกายอยู่เสมอ

---

[๖๒]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, หน้า ๒๔.

(๔) วิมังสา : เข้าใจ คือ หมั่นใช้ปัญญา พิจารณาใคร่ครวญ ตรวจหาเหตุผล และตรวจสอบปัญหา ในการรักษาพยาบาลตน ปรึกษาแพทย์ในการ วัดผล คิดค้นวิธีแก้ไข ปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ[๖๓]

สามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคนี้เกิดจากพฤติกรรม เป็นโรคพันธุกรรมโรคหนึ่ง ประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องซึ่งสั่งสมพอกพูนเป็นปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือ หลายปัจจัยเสี่ยงรวมกันก็ได้ สำหรับพุทธธรรมที่หนุนเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ นำมาปฏิบัติตนมีผลต่อเนื่องในการรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถนำหลักธรรมหมวดต่อไปนี้มาปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ความไม่ประมาท การปฏิบัติทางสายกลาง ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร การเดินจงกรม อิทธิบาท ๔ และ การเจริญสมาธิเบื้องต้น เป็นต้น แต่หมวดธรรมที่พึงพิจารณาเป็นสำคัญและเอาใจใส่เป็นพิเศษ คือ ความไม่ประมาทและการรู้จักประมาณในการบริโภค ทั้งนี้เนื่องจากการกำเริบของโรคส่วนมากแล้วแล้วมาจากพฤติกรรมที่ขาดการระมัดระวัง ไม่เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้เกิดการสะสมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค คือ ส่งผลให้โรคมีการลุกลาม และเสียชีวิตในที่สุด

๔.๖ สรุป

ผลกระทบของกระแสโลกาภิวัฒน์ ระบบทุนนิยมและบริโภคนิยม เทคโนโลยีสื่อสารที่ทรงอิทธิพลจากโลกซีกตะวันตก มีการยึดถือความสำคัญกับการพัฒนาทางวัตถุ ทำให้วิถีชีวิตเต็มไปด้วยการแข่งขัน ชิงดีชิงเด่น เพื่อความอยู่รอด ความรับผิดชอบ คุณธรรม จริยธรรมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะความเครียดและขาดกำลังใจ ซึ่งมักหาทางออกด้วยการกินอาหารชดเชย สูบบุหรี่ เสพสิ่งเสพติด และหันหาอบายมุข ยิ่งทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะความเครียดและสุขภาพจิตบกพร่องมากขึ้น ขาดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังมากขึ้นเป็น ลำดับๆ มา และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นและควบคุมรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนและพิการให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขกาย สุขใจ ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระแก่ตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ วิธีการป้องกันและแก้ไข

---

[๖๓]ดูรายละเอียดในพระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข, **การป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด วิถีพุทธ**, หน้า ๒๕-๒๙.

ปัญหาสุขภาพดังกล่าวนี้ นอกจากเป็นวิธีการทางการแพทย์โดยตรงแล้ว ยังต้องอาศัยการพึ่งพาตนเองของประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยเป็นสำคัญด้วยการปรับพลังกายและพลังใจให้ควบคู่และสมดุลกัน นั่นคือ เทคนิคการออกกำลังกาย การออกกำลังใจ ผสมผสานกับหลักการในทางพระพุทธศาสนา ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในทางการแพทย์ปัจจุบัน การดูแลรักษาในสังคมไทยปัจจุบัน นำมาบูรณาการกับการดูแลในทางพระพุทธศาสนา เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาตนเองให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน ๓ ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์[๖๔] เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่รวมกันกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจะได้นำเสนอ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ” ที่ได้บูรณาการร่วมกันระหว่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับการดูแลในทางพระพุทธศาสนา

---

[๖๔]สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, เนติมา คูนีย์ บรรณาธิการ, **การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**, (กรุงเทพมหานคร: อาร์ต ควอลิไฟท์, ๒๕๕๗), หน้า ๑๔.

บทที่ ๕

ผลการวิเคราะห์การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ข้อที่สามเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ และผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ที่ได้รับจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ โดยที่ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ ๑ คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ทำการรักษาตามปกติ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ ที่โรงพยาบาลมะการักษ์ ประจำวันพุธ ในสัปดาห์แรกของเดือน และรับสมัครผู้ป่วยไปเข้ารับการอบรมธรรมปฏิบัติ เป็นระยะเวลา ๓ วัน ๒ คืน ที่ค่ายสุขภาพดี วิถีพุทธ สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน ๕๐ คน และกลุ่มที่ ๒ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ทำการรักษาตามปกติ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ ที่โรงพยาบาลมะการักษ์ ประจำวันพุธ ในสัปดาห์แรกของเดือน จำนวน ๕๐ คน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

$\overline{X}$	แทน	คำเฉลี่ยเลขคณิต
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size)
p-value	แทน	ค่าระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมติฐาน
*	แทน	เครื่องหมายกำกับค่าสถิติที่มีนัยสำคัญทางสถิติ
p< ๐.๐๑	แทน	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าระดับ ๐.๐๑
p< ๐.๐๕	แทน	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่มากกว่าระดับ ๐.๐๑ แต่น้อยกว่า ๐.๐๕

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ แสดงได้ดังต่อไปนี้

๕.๑ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แสดงเป็นจำนวน ร้อยละ $\overline{X} \pm SD$ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด รายละเอียดปรากฏในตารางที่ ๕.๑ – ๕.๔ ดังนี้

ตารางที่ ๕.๑ แสดงลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = ๕๐)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มทดลอง	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มควบคุม
เพศ		
ชาย	๑๐ (๒๐)	๒๒ (๔๔)
หญิง	๔๐ (๘๐)	๒๘ (๕๖)
อายุ		
๓๑-๔๐ ปี	๔ (๘)	๑๗ (๓๔)
๔๑-๕๐ ปี	๒๐ (๔๐)	๑๘ (๓๖)
๕๑-๖๐ ปี	๒๑ (๔๒)	๑๒ (๒๔)
๖๑-๗๐	๕ (๑๐)	๓ (๖)
สถานภาพ		
โสด	๓ (๖)	๙ (๑๘)
สมรส	๓๒ (๖๔)	๓๐ (๖๐)
หย่า	๓ (๖)	๓ (๖)
หม้าย	๑๒ (๒๔)	๘ (๑๖)
การพักอาศัย		
สามี/ภรรยา	๒๑ (๔๒)	๓๐ (๖๐)
บิดา/มารดา	๙ (๑๘)	๖ (๑๒)
บุตร	๒๐ (๔๐)	๑๔ (๒๘)
อาชีพปัจจุบัน		
กสิกรรม	๑๗ (๓๔)	๑๙ (๓๘)
รับจ้าง/ลูกจ้าง	๑๑ (๒๒)	๒๑ (๔๒)
ราชการ	๗ (๑๔)	๓ (๖)
เอกชน	๕ (๑๐)	๕ (๑๐)
ธุรกิจส่วนตัว	๑๐ (๒๐)	๒ (๔)

การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	๑ (๒)	-
ประถมศึกษา	๒๕ (๕๐)	๒๒ (๔๔)
ม.ต้น	๘ (๑๖)	๑๓ (๒๖)
ม.ปลาย	๕ (๑๐)	๓ (๖)
ปวช.	๒ (๔)	๑ (๒)
อนุปริญญา	๓ (๖)	๔ (๔)
ปริญญาตรี	๖ (๑๒)	๗ (๑๔)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	๓ (๖)	-
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๘ (๑๖)	๓ (๖)
ประกันสังคม	๔ (๘)	๙ (๑๘)
โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท)	๓๕ (๗๐)	๓๘ (๗๖)

จากตารางที่ ๕.๑ แสดงลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๔๐ มีอายุระหว่าง ๕๑-๖๐ ปีร้อยละ ๔๒ รองลงมา คือ อายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๐ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๔ ประกอบอาชีพกสิกรรม ร้อยละ ๓๔ รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ ๒๒ อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ ๔๒ รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ ๔๐ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๐ รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๑๖ ใช้สิทธิโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท) ร้อยละ ๗๐ รองลงมา คือ เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๑๖ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๖ มีอายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๖ รองลงมา คือ อายุระหว่าง ๓๑-๔๐ ปีร้อยละ ๓๔ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๐ ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ร้อยละ ๔๒ รองลงมา ประกอบอาชีพกสิกรรม คือ ร้อยละ ๓๘ อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ ๖๐ รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ ๒๘ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๔๔ รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๒๖ ใช้สิทธิโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท) ร้อยละ ๗๖ รองลงมา คือ ประกันสังคมร้อยละ ๑๘

ตารางที่ ๕.๒ แสดงข้อมูลด้านสุขภาพก่อนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ (n = ๕๐)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	๑๕๒,๑๗๑	๑๕๒,๑๗๓
$\overline{X}$ ± SD	๑๖๓.๓๘ ± ๔.๐๒	๑๖๔.๐๘ ± ๔.๐๒
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	๖๘,๘๖	๖๘,๘๖
$\overline{X}$ ± SD	๗๕.๖๒ ± ๔.๖๘	๗๕.๗๖ ± ๔.๕๕
ดัชนีมวลกาย		
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	๒๔.๙๘, ๓๘.๘๘	๒๔.๗๒, ๓๔.๘๘
$\overline{X}$ ± SD	๒๘.๓๔ ± ๒.๒๗	๒๘.๔๙ ± ๒.๒๑
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด	๑๑๔, ๑๔๖	๑๐๕, ๑๓๕
$\overline{X}$ ± SD	๑๒๘.๓๐ ± ๗.๘๔	๑๒๐.๙๔ ± ๖.๙๖

จากตารางที่ ๕.๒ แสดงผลการตรวจสุขภาพด้านสุขภาพก่อนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีส่วนสูงอยู่ระหว่าง ๑๕๒-๑๗๑ เซนติเมตร (ซม.) ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง ๑๖๓.๓๘ เซนติเมตร น้ำหนักอยู่ระหว่าง ๖๘-๘๖ กิโลกรัม (กก.) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ๗๕.๖๒ กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง ๒๔.๙๘- ๓๘.๘๘ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ๒๘.๓๔ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๑๔-๑๔๖ มิลลิกรัม ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๘.๓๐ มิลลิกรัม และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยมีส่วนสูงอยู่ระหว่าง ๑๕๒-๑๗๓ เซนติเมตร (ซม.) ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง ๑๖๔.๐๘ เซนติเมตร น้ำหนักอยู่ระหว่าง ๖๘-๘๖ กิโลกรัม (กก.) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ๗๕.๗๖ กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง ๒๔.๗๒-๓๔.๘๘ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ๒๘.๔๙ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๐๕-๑๓๕ มิลลิกรัม ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๐.๙๔ มิลลิกรัม

ตารางที่ ๕.๓ แสดงปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพ (n = ๕๐)

ปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มทดลอง	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มควบคุม
การสูบบุหรี่		
ไม่เคย	๓๘ (๗๖)	๓๐ (๖๐)
บางครั้ง	๒ (๔)	๙ (๑๘)
ประจำ	-	-
เลิกได้แล้ว	๑๐ (๒๐)	๑๑ (๒๒)
การดื่มสุรา		
ไม่เคย	๒๙ (๕๘)	๑๘ (๓๖)
บางครั้ง	๒๑ (๔๒)	๑๙ (๓๘)
เลิกได้แล้ว	-	๑๓ (๒๖)
การนอน		
นอนหลับปกติ	๓๖ (๗๒)	๒๙ (๕๘)
นอนไม่ค่อยหลับ	๑๔ (๒๘)	๒๑ (๔๒)
การรับประทานอาหาร		
รับประทานได้ปกติ	๔๑ (๘๒)	๓๖ (๗๒)
รับประทานได้น้อยลง	๙ (๑๘)	๑๔ (๒๘)
ประวัติการรักษาและการวินิจฉัยของแพทย์		
โรคเบาหวาน	๑๘ (๓๖)	๒๗ (๕๔)
โรคความดันโลหิตสูง	๑๗ (๓๔)	๑๙ (๓๘)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	๘ (๑๖)	๔ (๘)
โรคหลอดเลือดสมอง	๔ (๘)	-
อื่นๆ	๓ (๖)	-

จากตารางที่ ๕.๓ แสดงปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๖ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๕๘ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ ๘๒ นอนหลับเป็นปกติ ร้อยละ ๗๒ และป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๓๖ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๔ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๖๐ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บางครั้ง ร้อยละ ๓๘ รองลงมา คือ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ๓๖ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ ๗๒ นอนหลับเป็นปกติ ร้อยละ ๕๘ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๔ รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๘

ตารางที่ ๕.๔ แสดงการปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน (n = ๕๐)

การปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มทดลอง	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มควบคุม
๑. การสวดมนต์		
ไม่เคยสวดมนต์	๓ (๖)	๖ (๑๒)
สวดมนต์บางครั้ง	๒๘ (๕๖)	๓๒ (๖๔)
สวดมนต์เป็นประจำ	๑๙ (๓๘)	๑๒ (๒๔)
๒. การเข้าวัดทำบุญ		
ไม่เคย	๑ (๒)	-
บางครั้ง	๓๐ (๖๐)	๓๕ (๗๐)
เป็นประจำ	๑๙ (๓๘)	๑๕ (๓๐)
๓. การเข้าร่วมปฏิบัติธรรม		
ไม่เคย	๕ (๑๐)	๑๔ (๒๘)
บางครั้ง	๓๖ (๗๒)	๓๓ (๖๖)
เป็นประจำ	๙ (๑๘)	๓ (๖)
๔. การปฏิบัติตามหลักศีล		
ไม่เคย	๑๒ (๒๔)	-
บางครั้ง	๒๘ (๕๖)	๓๓ (๖๖)
เป็นประจำ	๑๐ (๒๐)	๑๗ (๓๔)
๕. การเข้ากิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชน		
บางครั้ง	๓๓ (๖๖)	๑๐ (๒๐)
เป็นประจำ	๑๗ (๓๔)	๔๐ (๘๐)

จากตารางที่ ๕.๔ การปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ บางครั้ง ร้อยละ ๕๖ รองลงมา คือ สวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ ๓๘ การเข้าวัดทำบุญ บางครั้ง ร้อยละ ๖๐ การเข้าร่วมปฏิบัติธรรมบางครั้ง ร้อยละ ๗๒ การปฏิบัติตามหลักศีล บางครั้ง ร้อยละ ๕๖ และ การเข้ากิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชน บางครั้ง ร้อยละ ๖๖ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ บางครั้ง ร้อยละ ๖๔ รองลงมา คือ สวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ ๒๔ การเข้าวัดทำบุญ บางครั้ง ร้อยละ ๗๐ การเข้าร่วมปฏิบัติธรรมบางครั้ง ร้อยละ ๖๖

การปฏิบัติตามหลักศีล บางครั้ง ร้อยละ ๖๖ และการเข้ากิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชน เป็นประจำ ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผลการวิเคราะห์ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินคุณภาพชีวิตของของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน แบ่งโดยพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั้งหมด ๒๖ ข้อ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ ๒, ๓, ๔, ๑๐, ๑๑, ๑๒ และ ๒๔

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ ๕, ๖, ๗, ๘, ๙ และ ๒๓

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ ๑๓, ๑๔ และ ๒๕

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ ๑๕, ๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐, ๒๑ และ ๒๒

ส่วนข้อ ๑ ข้อ ๒๖ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง ๔ ด้านนี้ ซึ่งเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาแสดงได้ดังต่อไปนี้

๕.๒.๑ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๕ และแผนภูมิที่ ๕.๑ ดังนี้

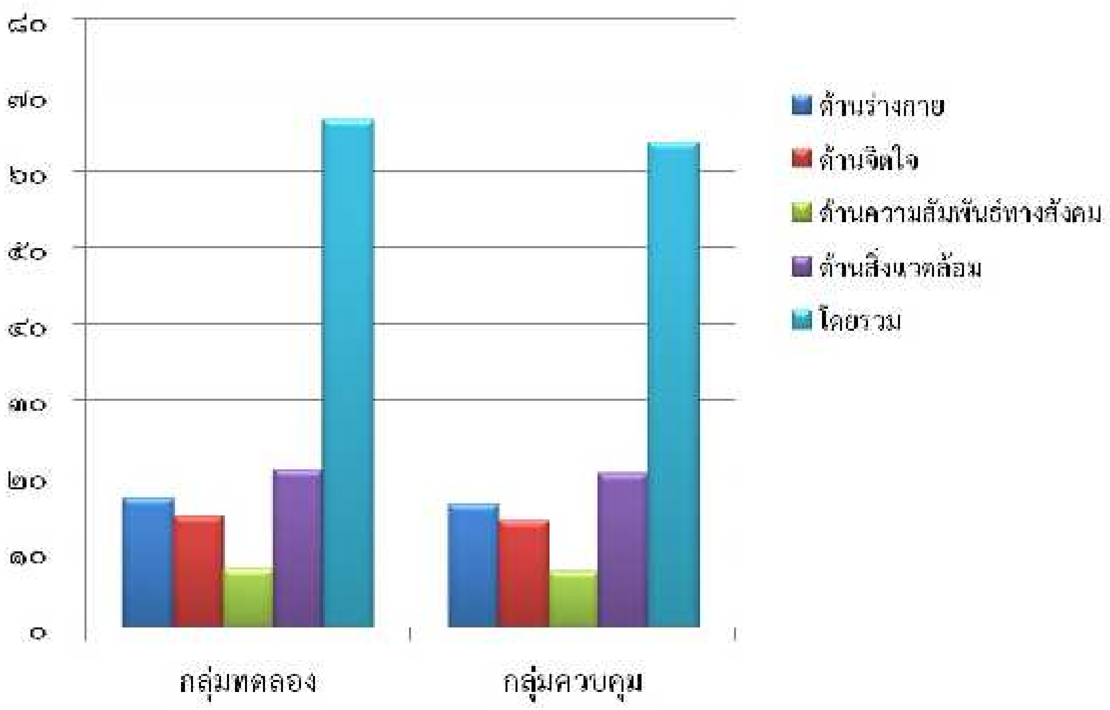
ตารางที่ ๕.๕ คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านร่างกาย	๑๗.๐๘	๑.๓๒	๑๖.๓๔	๑.๑๒	๐.๐๐๐**
ด้านจิตใจ	๑๔.๘๒	๑.๓๒	๑๔.๒๔	๑.๑๓	๐.๐๐๐**
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	๗.๘๐	๑.๒๐	๗.๕๔	๑.๐๙	๐.๐๐๒**
ด้านสิ่งแวดล้อม	๒๐.๘๘	๒.๑๔	๒๐.๔๔	๑.๙๘	๐.๐๐๔**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**๖๖.๘๐**	**๓.๕๑**	**๖๓.๘๘**	**๓.๒๖**	**๐.๐๐๐****

*p< ๐.๐๑

จากตารางที่ ๕.๕ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาโดยรวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ๖๘.๘๐ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ๖๓.๘๘ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๑

คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม



แผนภูมิที่ ๕.๑ คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

๕.๒.๒ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๖ และแผนภูมิที่ ๕.๒

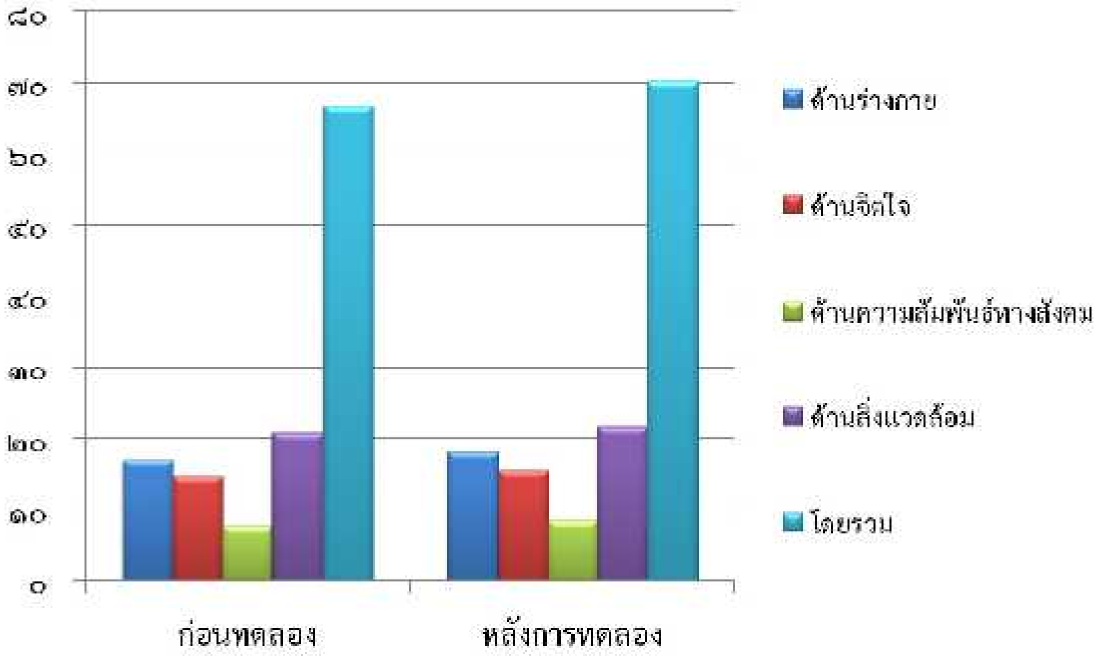
ตารางที่ ๕.๖ คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

คุณภาพชีวิตด้าน ต่าง ๆ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	
ด้านร่างกาย	๑๗.๐๘	๑.๓๒	๑๘.๑๘	๒.๕๑	๐.๐๐๒*
ด้านจิตใจ	๑๔.๘๒	๑.๓๒	๑๕.๖๔	๒.๑๗	๐.๐๐๑*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	๗.๘๐	๑.๒๐	๘.๕๒	๑.๓๖	๐.๐๐๐*
ด้านสิ่งแวดล้อม	๒๐.๘๘	๒.๑๔	๒๑.๗๘	๒.๙๐	๐.๐๑๖**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**๖๖.๘๐**	**๓.๕๑**	**๗๐.๓๘**	**๘.๑๗**	**๐.๐๐๑***

*p< ๐.๐๑

**p< ๐.๐๕

จากตารางที่ ๕.๖ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๗๐.๓๘ และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๖๖.๘๐ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในทุกด้านมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๒



แผนภูมิที่ ๕.๒ ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

๕.๒.๓ ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมปฏิบัติ แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๗ และแผนภูมิที่ ๕.๒

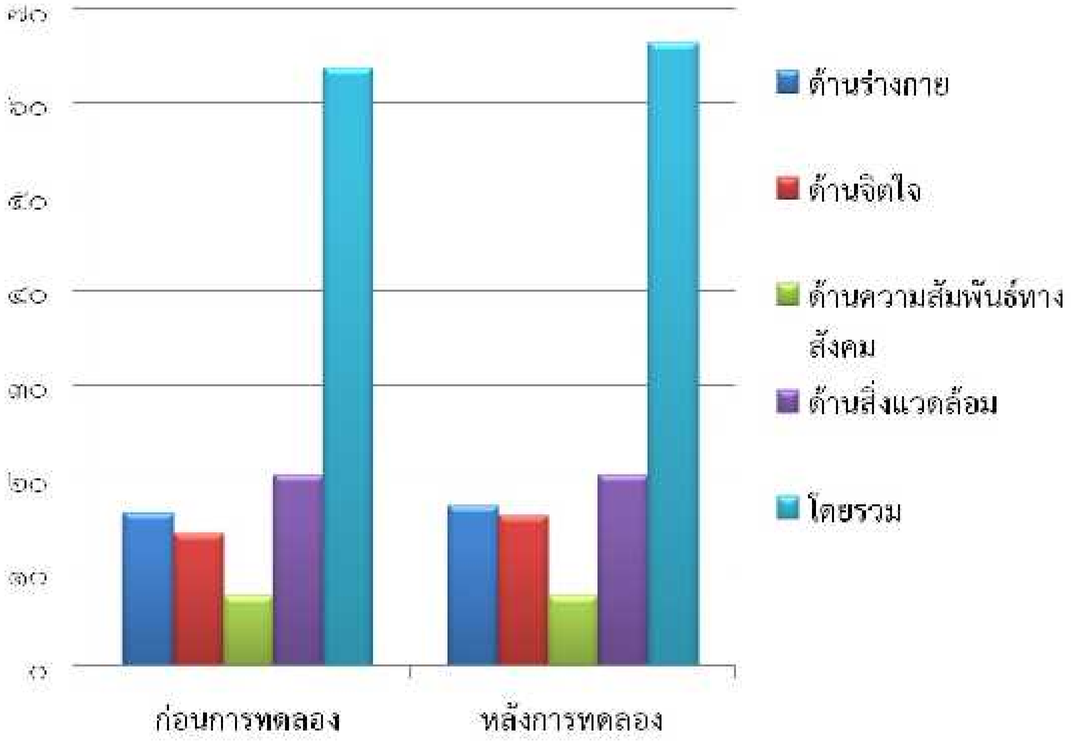
ตารางที่ ๕.๗ คุณภาพชีวิตกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านร่างกาย	๑๖.๓๔	๑.๑๒	๑๗.๑๐	๒.๔๔	๐.๐๑๓**
ด้านจิตใจ	๑๔.๒๔	๑.๑๓	๑๖.๐๘	๒.๓๐	๐.๐๐๐*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	๗.๕๔	๑.๐๙	๗.๕๖	๑.๐๙	๐.๘๓๐
ด้านสิ่งแวดล้อม	๒๐.๔๔	๑.๙๘	๒๐.๕๐	๒.๙๔	๐.๘๑๙
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**๖๓.๘๘**	**๓.๒๖**	**๖๖.๕๒**	**๗.๙๙**	**๐.๐๐๕***

*p<๐.๐๑

**p< ๐.๐๕

จากตารางที่ ๕.๗ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ด้านจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ สำหรับด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๓



แผนภูมิที่ ๕.๓ ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

๕.๓ ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินภาวะความซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (Thai Depression Inventory,TDI)* ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการประเมินผลคิดเป็นคะแนน และนำคะแนนมาเทียบความรุนแรงของภาวะความซึมเศร้า ดังนี้

๕.๓.๑ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา

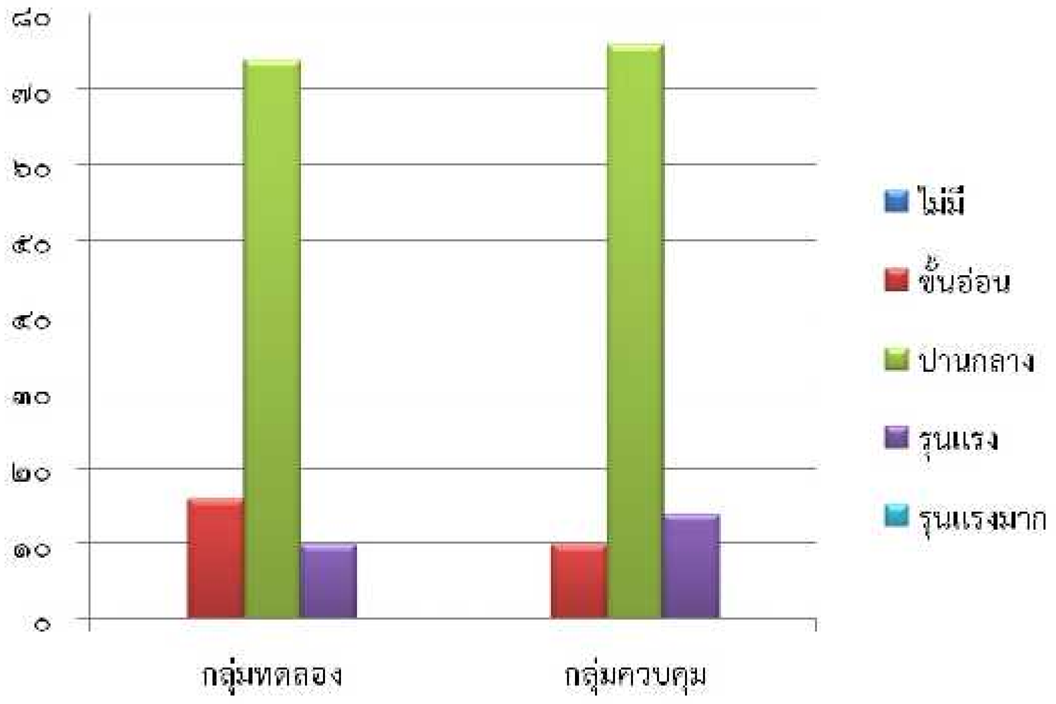
ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๘ และแผนภูมิที่ ๕.๔ ดังนี้

ตารางที่ ๕.๘ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา

ระดับความซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
คะแนน $\bar{X}$ ± SD	๒๙.๖๖± ๓.๙๔	๒๙.๘๘ ± ๓.๗๓	๐.๓๐
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า			
จำนวน (ร้อยละ)			
-ไม่มีภาวะซึมเศร้า	๐	๐	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	๘ (๑๖)	๕ (๑๐)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	๓๗ (๗๔)	๓๘ (๗๖)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	๕ (๑๐)	๗ (๑๔)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	๐	๐	

จากตารางที่ ๕.๘ พบว่า ระดับระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมเท่ากับ ๒๙.๖๖ และ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมเท่ากับ เท่ากับ ๒๙.๘๘ มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง และเมื่อจำแนกในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ ๗๔ มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ ๑๖ มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ร้อยละ ๑๐ และไม่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ ๗๖ มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ ๑๐ มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ร้อยละ ๑๔ และไม่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๔

*ดูรายละเอียดของคะแนนในการวัดระดับความซึมเศร้า หน้า ๑๐๕.



แผนภูมิที่ ๕.๔ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา

๕.๓.๒ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา

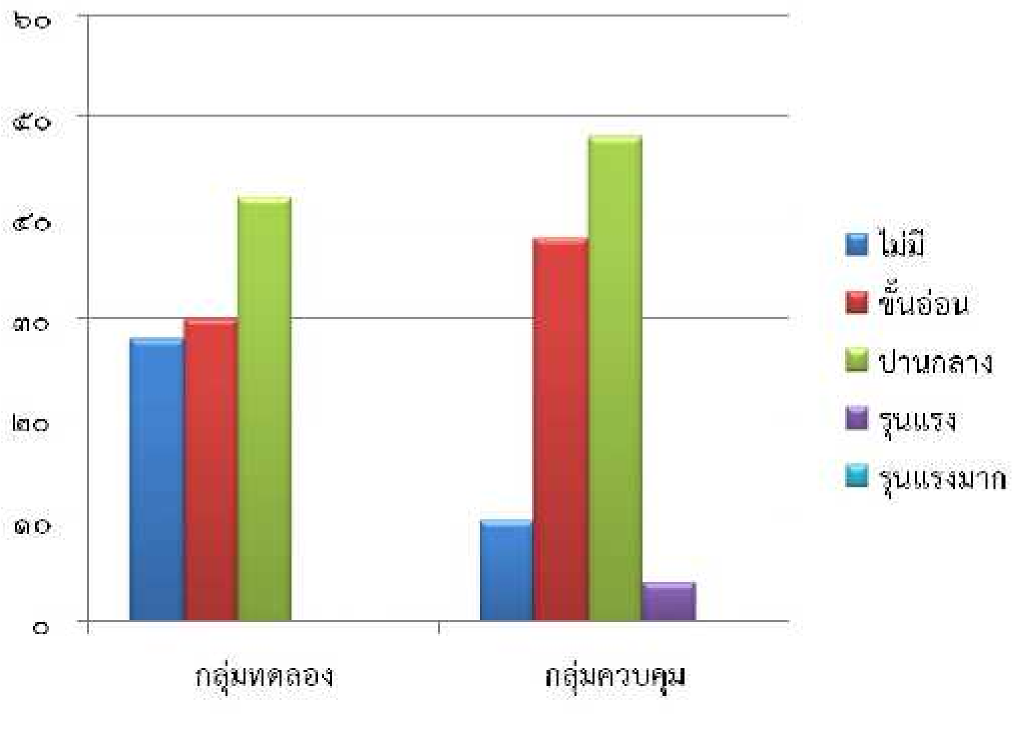
ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๙ และแผนภูมิที่ ๕.๔ ดังนี้

ตารางที่ ๕.๙ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา

ระดับความซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
คะแนน $\overline{X}$ ± SD	๒๔.๐๔±๔.๓๘	๒๖.๕๔±๔.๔๕	๐.๐๐๐*
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)			
-ไม่มีภาวะซึมเศร้า	๑๔ (๒๘)	๕ (๑๐)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	๑๕ (๓๐)	๑๙ (๓๘)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	๒๑ (๔๒)	๒๔ (๔๘)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	๐	๒ (๔)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	๐	๐	

*p<๐.๐๑

จากตารางที่ ๕.๙ พบว่า ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมเท่ากับ ๒๔.๐๔ มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน และ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมเท่ากับ ๒๖.๕๔ มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง เมื่อจำแนกในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ ๓๐ มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ ๔๒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๘ และไม่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก สำหรับกลุ่มควบคุม ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๐ มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ ๓๘ มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ ๔๘ ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ร้อยละ ๔ และไม่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๕



แผนภูมิที่ ๕.๕ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษา

๕.๓.๓ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา

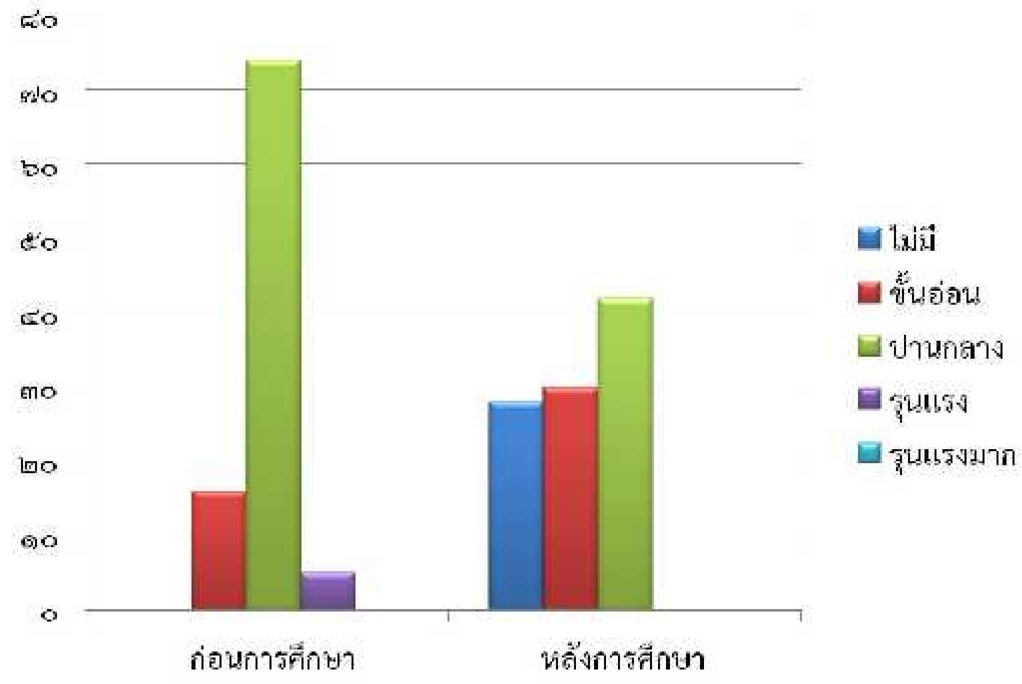
ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๑๐ และแผนภูมิที่ ๕.๕ ดังนี้

ตารางที่ ๕.๑๐ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
คะแนน $\bar{X} \pm$ SD	๒๙.๖๖±๓.๙๔	๒๔.๐๔±๔.๓๘	๐.๐๐๐*
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า			
จำนวน (ร้อยละ)			
-ไม่มีภาวะซึมเศร้า	๐	๑๔ (๒๘)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	๘ (๑๖)	๑๕ (๓๐)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	๓๗ (๗๔)	๒๑ (๔๒)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	๕ (๑๐)	๐	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	๐	๐	

*p<๐.๐๑

จากตารางที่ ๕.๑๐ พบว่า ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา พบว่าก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๒๙.๖๖ และ หลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ ๒๔.๐๔ มีค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ เมื่อเทียบเป็นความรุนแรงของความซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จาก ๐ เป็นร้อยละ ๒๘ ภาวะความซึมเศร้าขั้นอ่อนลดลงจากร้อยละ ๗๔ เป็นร้อยละ ๔๒ ภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงลดลงจาก ร้อยละ ๑๐ เป็น ๐ และ ไม่พบผู้ป่วยมีภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ทั้งก่อนและหลังการศึกษา แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๖



แผนภูมิที่ ๕.๖ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา

๔.๓.๔ ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา

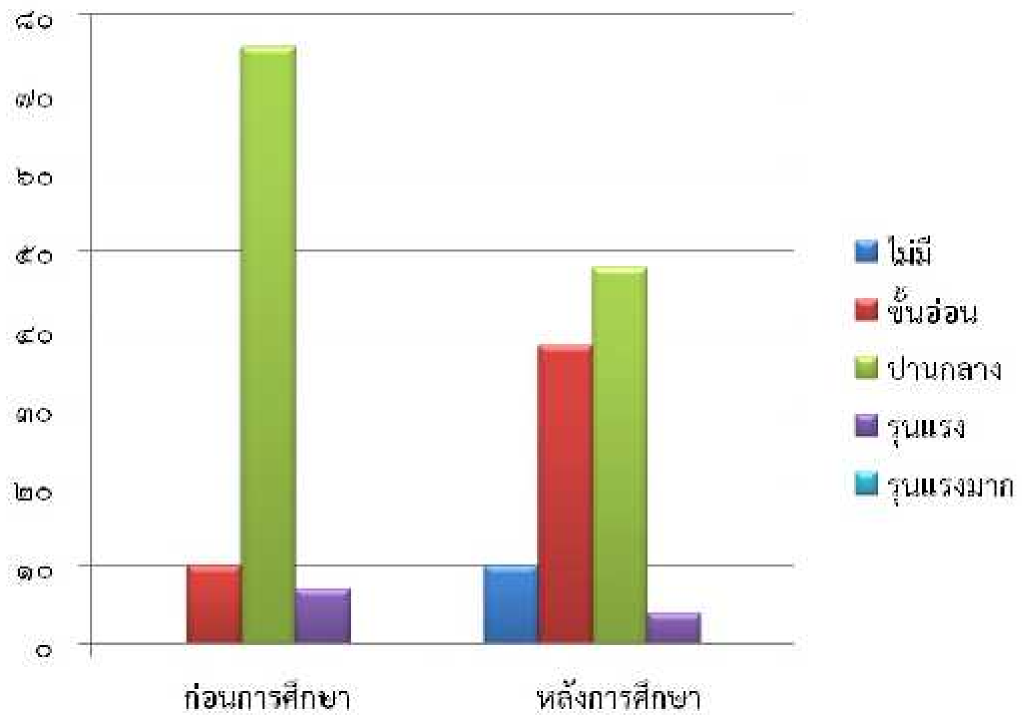
ผลการวิเคราะห์ระดับความซึมเศร้าของของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา แสดงได้ดังตารางที่ ๕.๑๑ และแผนภูมิที่ ๕.๗ ดังนี้

ตารางที่ ๕.๑๑ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
คะแนน $\bar{X}$ ± SD	๒๙.๘๘ ± ๓.๗๓	๒๖.๕๔ ± ๔.๔๕	๐.๐๐๐*
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า			
จำนวน (ร้อยละ)			
-ไม่มีภาวะซึมเศร้า	๐	๕ (๑๐)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	๕ (๑๐)	๑๙ (๓๘)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	๓๘ (๗๖)	๒๔ (๔๘)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	๗ (๑๔)	๒ (๔)	
-ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	๐	๐	

*p<๐.๐๑

จากตารางที่ ๕.๑๑ พบว่า ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการศึกษา พบว่าก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๒๙.๘๘ และ หลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ ๒๖.๕๔ มีค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ เมื่อเทียบเป็นความรุนแรงของความซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จาก ๐ เป็นร้อยละ ๑๐ ภาวะความซึมเศร้าปานกลางลดลงจากร้อยละ ๗๖ เป็นร้อยละ ๔๘ ภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงลดลงจาก ร้อยละ ๑๔ เป็น เป็นร้อยละ ๕ และไม่พบผู้ป่วยมีภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ทั้งก่อนและหลังการศึกษา แสดงได้ดังแผนภูมิที่ ๕.๗



แผนภูมิที่ ๕.๗ แสดงระดับความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา

บทที่ ๖

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ดังนั้น จากผลการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่ได้ผ่านการทดลองใช้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ โดยที่ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ศึกษาการนำหลักพุทธธรรมมาใช้บูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถสรุปผลการศึกษาวิจัยได้เป็นองค์ความรู้ใหม่เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้เป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ได้ดังนี้

๖.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

๖.๑.๑ หลักการและเหตุผล

ในการนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ เป็นการน้อมนำพุทธธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้ามาประพฤติปฏิบัติควบคู่กับหลักการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีเหตุผลที่นำมาสนับสนุน ดังนี้

๑) ปัญหาสุขภาพมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น
๒) ปัญหาสุขภาพเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสภาวะการศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สิ่งแวดล้อม
๓) จำเป็นต้องใช้ศาสตร์และศิลป์หลายสาขามาใช้จัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ
๔) พุทธธรรมมีอานุภาพในการส่งเสริมและเกื้อกูลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีคุณภาพคุณธรรมและจริยธรรมได้
๕) ชาวไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและประพฤติปฏิบัติในวิถีชีวิตอยู่แล้ว แต่ไม่ประยุกต์กับสุขภาพ
๖) พุทธธรรมมีอานุภาพในการส่งเสริมและเกื้อกูล ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

๖.๑.๒ กระบวนการในการบูรณาการ

๑) หลักการ ๓ ส : สวดมนต์ สมาธิ สนทนาธรรม

หลักการ ๓ ส นี้เป็นกระบวนการเรียนรู้หลักธรรม ปฏิบัติตามและเกิดผลขึ้นมากน้อยตามกำลังศรัทธาและความเพียรในการปฏิบัติ

ก. การสวดมนต์ คติการสวดมนตร์ในสังคมไทย แม้ในครั้งแรกจะเป็นการสวดตามคตินิยมของศาสนาพราหมณ์ ดังที่เรียกกันว่า สาธยายมนตร์ ร่ายมนตร์ เพื่อความทรงจำพระเวทบ้าง เพื่อสิริมงคลบ้าง ต่อมาจึงเกิดการผสมผสานการสวดมนตร์เพื่อจุดประสงค์ด้านการอำนวยผลให้เกิดอิทธิฤทธิ์ปาฏิหาริย์ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะสอดแทรกหลักธรรมทางศาสนา โดยอ้างเอาพระคาถาที่เป็นเหตุการณ์สำคัญในสมัยพุทธกาลที่สำคัญมาเป็นส่วนในการระลึกถึงพุทธานุสติ ธรรมานุสติ สังฆานุสติ เช่น เมื่อสมัยหนึ่งพระผู้มีพระภาคทรงประชวร โปรดให้พระจุนทเถระสวดโพชฌงคสูตรถวาย อาการพระประชวรก็พลันหายไป ชาวพุทธที่เลื่อมใสจึงนำพระคาถาบทนี้มาสวดสาธยายเพื่อหวังให้หายจากโรคภัยทั้งปวง และก็เป็นที่เชื่อถือประจักษ์ความอัศจรรย์มานานหลายชั่วอายุคนว่าพุทธมนตร์นั้นสามารถบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยได้จริง

นอกจากนี้ในการสวดมนต์ยังเป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากสิ่งต่างๆ เช่น โรคภัยที่เกิดขึ้นจากการเบียดเบียนจากอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิตของตนเอง การสวดแผ่เมตตาให้กับสรรพสัตว์ต่างๆ เป็นต้น หลังจากสวดมนต์ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง จิตใจจะเงียบสงบลง ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการเจริญสมาธินั่นเอง ช่วยปลดปล่อยความเครียดและช่วยพัฒนาการใช้ชีวิตให้เป็นปกติส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น ดังที่สุภาพ หอมจิตร ได้นำเสนออานิสงส์ของการสวดมนต์ไว้ดังนี้

๑) ทำให้มีสุขภาพดี การสวดมนต์ด้วยการออกเสียง ช่วยให้ปอดได้ทำงาน เลือดลมเดินสะดวก ร่างกายก็สดชื่นกระปรี้กระเปร่า

๒) คลายความเครียด ในขณะสวดมนต์จิตจะจดจ่อกับบทสวด สมองจะปลอดโปร่งไม่คิดในเรื่องที่ทำให้เครียด จึงทำให้อารมณ์ผ่อนคลาย

๓) เกิดศรัทธาเลื่อมใสในพระไตรรัตน์ บทสวดมนต์แต่ละบทเป็นการระลึกถึงคุณพระรัตนตรัย เมื่อสวดมนต์ไปก็เท่ากับว่าได้เพิ่มพูนศรัทธาความเชื่อเลื่อมใสในพระรัตนตรัยให้มั่นคงยิ่งขึ้น

๔) ขันติบารมีย่อมเพิ่มพูน ขณะที่สวดมนต์ต้องใช้ความอดทนอย่างสูงเพื่อเอาชนะความปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย รวมทั้งอารมณ์ฝ่ายต่ำที่จะเข้ามากระทบจิตใจทำให้เกิดความเกียจคร้าน ดังนั้น ยิ่งสวดบ่อยๆ ความอดทนก็จะเพิ่มมากยิ่งขึ้น

๕) จิตสงบตั้งมั่นเป็นสมาธิ ขณะที่สวดมนต์จิตจะจดจ่ออยู่กับบทสวดไม่วอกแวกวุ่นวายไปในที่อื่น จึงมีความสงบเกิดสมาธิมั่นคง สะอาดบริสุทธิ์ผ่องใส งดงาม แม้เพียงระยะเวลาน้อยนิด ก็เป็นบุญกุศลประมาณค่าไม่ได้

๖) เพิ่มพูนบุญบารมี ขณะที่สวดมนต์จิตใจจะสะอาด ปราศจากกิเลสคือความโลภ ความโกรธ ความหลง เป็นต้น จึงเป็นบ่อเกิดแห่งบุญบารมี เมื่อสั่งสมมากเข้าก็จะเป็นทุนสนับสนุนให้บรรลุผลตามที่ต้องการได้

๗) จิตใจอ่อนโยนมีเมตตา การแผ่เมตตาเป็นการมอบความรักความปรารถนาดีให้แก่สรรพสัตว์ทั้งหลาย เพื่อลดละความเห็นแก่ตัว เป็นอุบายกำจัดความโกรธให้เบาบางลงไปพบแต่ความสุขสงบ

๘) เป็นสิริมงคลแก่ชีวิต การสวดมนต์เป็นการทำความดีทั้งทางกายคือการสละเวลามาทำ ทางวาจาคือการกล่าวคำสวดที่ถูกต้อง และทางใจคือการตั้งใจทำด้วยความมั่นคง ย่อมเกิดสิริมงคลแก่ผู้สวดภาวนาทุกประการ

๙) เทวดาคุ้มครองรักษา ผู้ที่สวดมนต์เป็นประจำย่อมเป็นที่รักของเทวดา จะทำอะไรก็ตามหรือแม้แต่จะเดินทางไปที่ไหนๆ ก็ปลอดภัยจากอันตราย ประสบความสำเร็จเหมือนมีเทวดาให้พร

๑๐) สติมาปัญญาเกิด การสวดมนต์เป็นการสั่งสมคุณความดี ทำให้มีสติและมีจิตสำนึกที่ดีในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะถ้าสวดพร้อมกับคำแปลก็จะเกิดสติปัญญานำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้

๑๑) มีผิวพรรณผ่องใสจิตใจชื่นบาน การสวดมนต์ด้วยการเปล่งเสียงเป็นการกระตุ้นเซลล์ผิวหนัง จะทำให้มีผิวพรรณผ่องใสใจเป็นสุข เพราะขณะที่สวดมนต์จิตจะตั้งมั่นในบุญกุศล ไม่คิดไปในเรื่องอื่นที่ทำให้ใจเศร้าหมอง

๑๒. พิชิตใจผู้คนให้รักใคร่ การสวดมนต์เป็นประจำจะทำให้ศัตรูกลายเป็นมิตร ผู้ที่เป็นมิตรอยู่แล้วก็รักใคร่กลมเกลียวกันมากยิ่งขึ้น แม้คนที่เคยเป็นศัตรูคู่อาฆาตกันก็จะหันกลับมาคืนดีในที่สุด

๑๓) ทำให้แคล้วคลาดปลอดภัยจากอันตราย การสวดมนต์เป็นประจำ จะทำให้รอดพ้นจากภัยอันตราย ในยามโชคร้ายประสบเคราะห์กรรมอันจะมีมาถึงตัว เพราะจะทำให้มีสติอยู่ตลอดเวลา

๑๔) สะเดาะกรรมทำให้ดวงดี การสวดมนต์เป็นการแก้เคราะห์สะเดาะกรรม ขจัดปัดเป่าเสนียดจัญไร ท่านกล่าวไว้ว่าชีวิตของคนเราจะดีหรือชั่วนั้นก็อยู่ที่การกระทำ ทำดีก็มีความสุข ทำชั่วก็กลั้วทุกข์ร้อนรนใจ การสวดมนต์จะช่วยให้สิ่งที่ร้ายกลายเป็นดี

๑๕) ครอบครัวเป็นสุขสดใส การสวดมนต์เป็นการสร้างความสุข และเกิดความสามัคคีในครอบครัว หากครอบครัวใดที่พ่อบ้านแม่เรือนสวดมนต์และสอนลูกหลานให้สวดมนต์เป็นประจำ จะมีความสงบสุข ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้ง ส่งผลให้สังคมมีความสงบสุข[๑]

การสวดมนต์เพื่อรักษาโรค เป็นการสวดเพื่อระลึกถึงคุณของพระรัตนตรัย เพื่อคุ้มครองตน เพื่อรักษาตน เพื่อป้องกันตน นอกจากนี้ยังเป็นการสวดมนต์เพื่อแผ่เมตตา การแผ่เมตตาจึงเป็นการส่งกระแสจิตของตนไปสู่ผู้อื่นทั้งที่เป็นเทวดา มนุษย์ และสัตว์ด้วยความหวังดีที่จะให้เขามีความสุข ได้รับความสมหวังในชีวิต เป็นการแสดงออกซึ่งน้ำใจที่เปี่ยมด้วยเมตตาธรรมของผู้แผ่เมตตา การแผ่เมตตา เป็นสิ่งที่โบราณบัณฑิตทั้งหลายปฏิบัติต่อกันมาตามลำดับ เพราะเห็นประโยชน์ว่า การแผ่เมตตานี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติเป็นประจำมีจิตใจอ่อนโยน เยือกเย็นลง

---

[๑]สุภาพ หอมจิตร, **สวดมนต์อานิสงส์ครอบจักรวาล**, (กรุงเทพมหานคร: เลี่ยงเชียง, ๒๕๕๔), หน้า ๑๖-๑๗.

ได้ และทำให้มองเห็นว่าการที่มนุษย์หวังดีต่อกันนั้นเป็นทางนำให้โลกเกิดสันติสุขได้ และเมื่อตัวเองได้รับความสุขแม้เพียงเล็กน้อยก็ต้องการให้เพื่อนร่วมโลกได้ รับความสุขอย่างนั้นบ้าง จึงได้แผ่กระแสจิตอันเยือกเย็นและอ่อนโยนนั้นไปยังผู้อื่น ผู้ได้รับเมตตาจิตนั้นแล้วก็จะพลอยมีจิตอ่อนโยน เยือกเย็น และได้พบกับความสุข ด้วยเหตุแห่งการแผ่เมตตาไปยังเพื่อนมนุษย์เช่นนี้จึงทำให้มนุษย์และสัตว์อยู่ร่วมกันด้วยความมีน้ำใจดีต่อกัน เป็นเหตุให้ไม่เบียดเบียนกัน

ข. การเจริญสมาธิ การปฏิบัติสมาธิเป็นการแสวงหาทางพ้นจากความทุกข์คือการหลุดพ้นจากบ่วงเครื่องดักสัตว์คือกิเลสเครื่องทำให้จิตเศร้าหมองโดยทรงแนะนำวิธีการปฏิบัติไว้ ๒ ประการคือ สมถะและวิปัสสนา หมายถึงบังคับจิตและการรู้แจ้งจิตคือ ปัญญาญาณ ผู้ที่จะบรรลุธรรมต้องมีการสั่งสมเกี่ยวกับทาน ศีล ภาวนา (คฤหัสถ์) ศีล สมาธิ ปัญญา (บรรพชิต) การออกบวชก็ดีการเป็นคฤหัสถ์ครองเรือนก็ดีสามารถที่จะบรรลุธรรมได้เสมอกันเพียงแต่รู้จักวิธีในการฝึกจิตให้หลุดพ้นจากกามคุณ ๕ ดังนี้

๑) สมถกรรมฐาน

สมถกรรมฐาน คือ กรรมฐานเป็นอุบายสงบใจ ได้แก่การปฏิบัติธรรมด้วยการบริกรรม เป็นการบำเพ็ญเพียรทางจิตโดยใช้สติเป็นหลัก ไม่เกี่ยวกับการใช้ปัญญา มุ่งให้จิตสงบระงับจากนิวรณ์ซึ่งเป็นตัวขัดขวางจิตไม่ให้บรรลุความดีเป็นสำคัญ โดยมุ่งปิดกั้นนิวรณ์ไว้มิให้เกิดครอบงำจิตได้ เหมือนสร้างทำนบสร้างเขื่อนปิดกั้นน้ำไว้มิให้หลากไหลเข้ามาท่วมไร่นา เป็นอุบายวิธีที่หยุดความฟุ้งซ่านแห่งจิตซึ่งมักจะฟุ้งซ่านไปตามอารมณ์ ต่างๆ กล่าวคือหยุดความคิดของจิตไว้ โดยใช้สติยึดถืออารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งมาบริกรรมจนกระทั่งจิตแนบแน่นอยู่กับอารมณ์นั้น สมถกรรมฐานเป็นพื้นฐานโดยตรงในการที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เจริญวิปัสสนากรรมฐานต่อไปโดยลำดับ และเป็นธรรมที่จะช่วยเกื้อหนุนในการเจริญวิปัสสนาสมถะกรรมฐานยังช่วยข่มกิเลสอย่างกลางให้เบาบางชั่วขณะได้อย่างดี เพื่อที่จะได้เจริญวิปัสสนาปัญญาในการที่จะประหานกิเลสเป็นเบื้องปลาย สมถกรรมฐานมีคุณสมบัติในการข่มกิเลส วิปัสสนากรรมฐานมีคุณสมบัติในการประหานกิเลส

๒) วิปัสสนา

วิปัสสนา คือ คือ ปัญญา กิริยาที่รู้ชัด ความวิจัย ความเลือกสรร ความวิจัยธรรม ความกำหนดหมาย ความเข้าไปกำหนด ความเข้าไปกำหนดเฉพาะภาวะที่รู้ ภาวะที่ฉลาด ภาวะที่รู้ละเอียด ความรู้อย่างแจ่มแจ้ง ความค้นคิด ความใคร่ครวญปัญญาเหมือนแผ่นดิน ปัญญาเครื่องทำลายกิเลส ปัญญาเครื่องนำทาง ความเห็นแจ้ง ความรู้ดี ปัญญาเหมือนรัตนะ ความไม่หลงงมงาย ความเลือกเฟ้นธรรม สัมมาทิฏฐิ[๒] คำว่า วิปัสสนา หมายถึง การรู้แจ้ง การรู้วิเศษหรือการเห็นแจ้ง เห็นวิเศษ มี ๓ ความหมาย ได้แก่ ๑) ปัญญาที่รู้แจ้งปัจจุบัน รูปนาม ไตรลักษณ์มรรค ผล นิพพาน ๒) ปัญญาที่รู้แจ้งซึ่งวิสุทธิ์ ๗ มีศีลวิสุทธิ์ เป็นต้น ๓) ปัญญาที่รู้

---

[๒]ดูรายละเอียดใน อภิ.สงฺ. ไทย) ๓๔/๕๕/๓๖.

แจ้ง วิปัสสนาญาณ ๑๖[๓] วิปัสสนากรรมฐานว่า โดยที่แท้จริง หมายถึงทั้งสมาธิและทั้งปัญญา ไปกว่านั้นยังได้รวบเอาศีล ซึ่งยังไม่ใช่ตัวภาวนาเข้าไปอีกด้วยในฐานะเป็นบริวารหรือบาทฐานของสมาธิ เพื่อจะให้เข้าใจการปฏิบัติวิปัสสนา ฉะนั้นศีลกับสมาธิ จึงเป็นที่ตั้งอาศัยของวิปัสสนา เพราะวิปัสสนานั้นหมายถึง การรู้แจ้งเห็นจริง[๔] เป็นการรู้เห็นจริงสภาวะธรรมตามที่เป็นจริง คือ ปัญญาที่เห็นความเป็นจริงของสังขารทั้งปวงว่าตกอยู่ในไตรลักษณ์คือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา แล้วถอนความยึดมั่นถือมั่นในสังขารเสียได้[๕]

วิปัสสนาจึงหมายถึงการอบรมจิตให้เกิดปัญญา โดยเกิดการพิจารณาทางปัญญาจนเห็นสภาวะตามความเป็นจริงในกฎแห่งหลักไตรลักษณ์ พร้อมทั้งเข้าถึงความหลุดพ้นออกจากกิเลสตัณหาอันเป็นเหตุให้เกิดทุกข์หรือทำให้สิ้นอาสวะ ซึ่งหมายถึงการบรรลุธรรมอันสูงสุดในพระพุทธศาสนา คือการเข้าถึงนิพพานเป็นหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า โดยมีหลักการปฏิบัติด้วยวิธีวิปัสสนากรรมฐาน

๓) สติปัฏฐาน ๔

สติปัฏฐาน ๔ เป็นวิธีการที่จะยังบุคคลผู้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานให้สามารถไปสู่เป้าหมายสูงสุดในทางพระพุทธศาสนาได้ คือ การดับทุกข์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและโดยสิ้นเชิง แม้ว่าระยะเวลาในการปฏิบัติอาจจะแตกต่างกันบ้าง ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยภายในตัวผู้ปฏิบัติเองและปัจจัยแวดล้อมภายนอก แบ่งออกเป็น ๔ ประเภท ดังนี้

(๑) พิจารณาเห็นกายในกายภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นกายในกาย ภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นกายในกายทั้งภายในและภายนอกเนืองๆ อยู่ มีความเพียรมีสัมปชัญญะ มีสติกำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก

(๒) พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นเวทนา ในเวทนาภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งภายในและภายนอกเนือง ๆ อยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก

(๓) พิจารณาเห็นจิตในจิตภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นจิตในจิตภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นจิตในจิตทั้งภายในและภายนอกเนืองๆ อยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌา และโทมนัสเสียได้ในโลก

---

[๓]ดูรายละเอียดใน พระธรรมธีรราชมหามุนี, (โชดก ญาณสิทฺธิ), **วิปัสสนาญาณโสภณ**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๘.

[๔]พุทธทาสภิกขุ, **คู่มือมนุษย์ฉบับสมบูรณ์**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๔๑), หน้า ๑๙๘.

[๕]พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), **พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ คำวัด** , พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๕๓), หน้า ๑๑.

(๔) พิจารณาเห็นธรรมในธรรมภายในเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นธรรมในธรรมภายนอกเนืองๆ อยู่ พิจารณาเห็นธรรมในธรรมทั้งภายในและภายนอกเนืองๆอยู่ มีความเพียรมีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสเสียได้ในโลก[๖]

หลักในการปฏิบัติกรรมฐานที่สำคัญที่สุด ก็คือ “สติ” ได้แก่ ความระลึกรู้อารมณ์ที่เป็นฝ่ายดี ยับยั้งมิให้จิตตกไปในทางชั่ว หรือความระลึกได้ที่รู้ทันอารมณ์อันเป็นฝ่ายดี ปัฏฐาน คือ ความตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ ดังนั้น สติปัฏฐาน ก็คือ ความตั้งมั่นในการระลึกรู้ อารมณ์ที่เป็นฝ่ายดี มีความหมายโดยเฉพาะถึงอารมณ์อันเป็นที่ตั้งมั่นแห่งสติ ๔ ประการ ประกอบด้วย กาย เวทนา จิต ธรรม[๗]

สติปัฏฐานธรรม ๔ ประการ แม้มิได้แสดงไว้เพื่อผลคือ การระงับความเจ็บป่วยทางกายโดยตรง แต่ผลของการปฏิบัติสามารถระงับหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางกายและใจได้ ดังที่พระอานนท์ได้นำมาแสดงแก่ภิกษุณีรูปหนึ่งว่า

> ๑) พิจารณาเห็นกายในกายอยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัดอภิชฌาและโทมนัสในโลกได้ เมื่อเธอพิจารณาเห็นกายในกายอยู่ ความเร่าร้อนในกายที่มีกายเป็นอารมณ์เกิดขึ้นบ้าง จิตหดหู่บ้าง จิตฟุ้งซ่านไปภายนอกบ้าง ภิกษุนั้นพึงตั้งจิตไว้ที่นิมิตอันเป็นที่ตั้งแห่งความเลื่อมใสอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อเธอตั้งจิตไว้มั่นในนิมิต อันเป็นที่ตั้งแห่งความเลื่อมใสอย่างใดอย่างหนึ่ง ปราโมทย์ย่อมเกิด เมื่อมีปราโมทย์ ปีติย่อมเกิด เมื่อใจมีปีติ กายย่อมสงบ เธอมีกายสงบ ย่อมได้รับสุข เมื่อมีสุข จิตย่อมตั้งมั่น เธอพิจารณาเห็นว่า เราตั้งจิตไว้เพื่อประโยชน์ใด ประโยชน์นั้นสำเร็จแล้วแก่เรา บัดนี้เราจะคุมจิตไว้ เมื่อเธอคุมจิตไว้ ไม่ตรึก และไม่ตรอง ย่อมรู้ชัดว่า เราไม่มีวิตก ไม่มีวิจาร มีสติในภายใน มีความสุข
>
> ๒) พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งหลาย...
>
> ๓) พิจารณาเห็นจิตในจิตทั้งหลาย...
>
> ๔) พิจารณาเห็นธรรมในธรรมทั้งหลายอยู่ มีความเพียร... เธอพิจารณาเห็นว่า เราตั้งจิตไว้เพื่อประโยชน์ใด ประโยชน์นั้นสำเร็จแล้วแก่เรา บัดนี้เราจะคุมจิตไว้ เมื่อเธอคุมจิตไว้ ไม่ตรึก และไม่ตรอง ย่อมรู้ชัดว่า เราไม่มีวิตก ไม่มีวิจาร มีสติ ในภายใน มีความสุข[๘]

จากพุทธพจน์ที่ท่านพระอานนท์นำมาแสดงแก่ภิกษุณีรูปหนึ่ง เป็นเครื่องยืนยันได้ว่า การปฏิบัติธรรม (การปฏิบัติตามหลักสติปัฏฐาน ๔) จัดว่าเป็นธรรมโอสถที่สามารถดูแลรักษาสภาพแห่งกายและจิตใจในยามปกติให้มีสุขภาวะที่ดีได้ นอกจากนี้ในกรณีที่เจ็บไข้ไม่สบายก็ยังเป็นธรรมโอสถในการปฏิบัติเพื่อระงับความเจ็บป่วยทางกาย (กายิกทุกข์) หรือความทุกข์ทรมานด้วยเวทนาทางกายต่าง ๆ ได้ และแม้แต่ภาวะความเจ็บป่วยทางจิตก็สามารถรักษาได้

---

[๖] อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๔๓๑/๒๑๑.

[๗] ที.ม. อ. (ไทย) ๑๔/๒๗๖.

[๘] สํ.ม. (ไทย) ๑๙/๓๗๖/๒๒๕-๒๒๗.

เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตโดยตรงได้แก่การปฏิบัติตามข้อ ๓ จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน แต่ถึงกระนั้นก็ถือว่า หลักการปฏิบัติในข้ออื่นๆ เป็นเครื่องสนับสนุนในการปฏิบัติเช่นเดียวกัน เราอาจกล่าวได้ว่าหลักสติปัฏฐาน ๔ เป็นหลักการดูแลรักษาสุขภาวะแห่งชีวิตโดยองค์รวม แม้ในยามปกติและในยามที่เจ็บป่วย

สามารถสรุปได้ว่า การเจริญสมาธิเป็นการทำให้จิตสงบ ใจสบายคลายทุกข์ หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดี ทำงานมีประสิทธิภาพ มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ว่า การเจริญสมาธิต่อเนื่องช่วยให้ปรับสมดุลของร่างกายและสารเคมีในร่างกาย สร้างสารสุขและภูมิคุ้มกันโรค สามารถสร้างสุขภาพและบำบัดโรคให้หายหรือทุเลาได้หลายชนิด จากรายงานของวงการแพทย์ในเดือนมีนาคม ค.ศ. ๒๐๑๐ โดยลุก ฟอร์ทเน่ และมอลลี่ เทเลอร์ ที่ได้สรุปไว้ว่า “การฝึกสมาธิเป็นการรักษาที่ดีเลิศในหลายๆ โรค สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จึงได้มีความพยายามนำหลักสูตรการฝึกสมาธิเข้าไปในการรักษาทางคลินิกและในหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์”[๙] สอดคล้องกับผลการวิจัยของจุฑามาศ วารีแสงทิพย์ ที่สรุปได้ว่า “ธรรมปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การทำสมาธิ หรือการสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ สามารถลดอาการซึมเศร้าจากความเครียดต่างๆ และมีผลทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตตามมา เพราะจิตใจของผู้ป่วยไตวายที่ใช้ธรรมปฏิบัติจะมีพลัง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ”[๑๐]

ค. การสนทนาธรรม หมายถึง การเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูลต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และการสาธารณสุขด้วย โดยปรึกษาหรือซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม และหรือด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นพระภิกษุหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นก็ได้

การสนทนาธรรม ถือว่าเป็นธรรมโอสถขนานดีที่ช่วยพัฒนาความรู้สึกร่วมและพัฒนามุมมองที่กว้างไกลและเป็นอิสระให้แก่คนไข้ ในนี้ถือว่ามีหลายกรณี เช่น การให้ธรรมโพชฌงค์ ๗ ประการแก่ อัครสาวกอย่างเช่น ท่านพระมหากัสสปะ และท่านโมคคัลลานะ โดยมีท่านจุนทะ เป็นผู้ช่วยถ่ายทอด และแม้แต่คฤหัสถ์ เช่น คหบดีผู้สูงวัย นกุลปิตา โรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนอยู่เสมอได้รับทุกขเวทนาอย่างหนัก เกิดความทุกข์ใจ รำคาญใจอย่างยิ่ง ก็ได้สนทนาธรรมกับพระพุทธเจ้า พระพุทธองค์ให้แนวทางการพิจารณา ตรัสบอกนกุลปิตาไปดังนี้ว่า พึงตั้งใจไว้อยู่เสมอว่า “ถึงแม้กายจะกระสับกระส่าย แต่จิตจักไม่กระสับกระส่ายตามไปด้วย” ท่านได้ฟังอมตะธรรมนั้นแล้วก็เกิดความยินดี มีอินทรีย์ผ่องใสและสีหน้าบริสุทธิ์ผุดผ่องขึ้นทันที[๑๑]

---

[๙]Fortney Luke and Taylor Molly, “Meditation in medical practice : a review of the evidence and practice”, **Primary Care : Clinics in Office Practice**, Vol. 37 No. 1 (March 2010) : 87.

[๑๐]จุฑามาศ วารีแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

[๑๑]สํ.ข. (ไทย) ๑๗/๑/๑-๓.

หรือการสนทนาธรรมะระหว่างอริยบุคคล ของท่านอนาถปิณฑิกเศรษฐี และพระสารีบุตรกับพระอานนท์ ถึงระดับสัจจธรรม อนาถปิณฑิกคหบดี แห่งกรุงสาวัตถี ป่วยหนัก ครั้งนั้นพระสารีบุตรและพระอานนท์ไปเยี่ยมที่บ้าน จากนั้นจึงแสดงธรรมให้พิจารณาเห็นว่า อายตนะภายนอก ๖ อายตนะภายใน ๖ วิญญาณ ๖ สัมผัส ๖ เวทนา ๖ ธาตุ ๖ ขันธ์ ๕ อรูปฌาน ๔ โลกนี้ โลกหน้า และอารมณ์ที่รับรู้ทางอายตนะ ๖ เป็นสิ่งที่ไม่ควรยึดมั่นถือมั่น อนาถปิณฑิกคหบดี เกิดปีติซาบซึ้งในธรรมถึงกับร้องไห้ เนื่องจากได้ฟังธรรมที่ละเอียดประณีตลึกซึ้ง จากนั้นได้กล่าวขอร้องให้มีการแสดงธรรมชั้นสูงที่ละเอียดลึกซึ้งเช่นนี้แก่ คฤหัสถ์อื่น ๆ ได้รับฟังต่อไป เพราะบุคคลผู้ฉลาดมีปัญญารู้ธรรมและเข้าใจได้ ยังมีอยู่มาก อนาถปิณฑิกคหบดีสิ้นชีวิตลงอย่างสงบ ได้ไปเกิดในเทวโลกชั้นดุสิต[๑๒]

จากงานวิจัยของอารู นารายานาซามี่ และ แมนี่ นารายานาซามี่ ได้สรุปว่า การสวดมนต์ได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งในรักษาตั้งแต่ยุคโบราณ และในทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นการแทรกแซงในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพราะพลังของผู้ที่สวดมนต์ สามารถรักษาความเจ็บป่วย และพัฒนาสุขภาพได้ และแนะนำให้พยาบาลควรสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เพราะจะเป็นผลดีต่อสุขภาพกายและใจ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณได้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาล[๑๓]

๒) หลักการ ๓ อ : อาหารสุขภาพ ออกกำลังกาย อารมณ์ดี

ก. อาหาร

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อมนุษย์อย่างยิ่งทั้งต่อการดำรงชีวิต ต่อการพัฒนามนุษย์ในด้านต่างๆ และการรักษาโรค อาหารและโภชนาการ เป็นความต้องการของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่ต้องสนองมีความเสมอกัน[๑๔] มีความสำคัญต่อสุขภาพกายหลายด้าน ได้แก่ การเจริญเติบโตของร่างกายตามวัย สุขภาพ ความยืนยาวของชีวิต การป้องกันโรคไร้เชื้อในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้อาหารยังมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตด้วย นั่นคือ ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่เหนื่อยง่ายหรือรู้สึกท้อแท้ มีความกระตือรือร้น ปรับตัวให้เข้ากับสังคมหรือสิ่งแวดล้อมได้ง่าย และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เจริญเร็วกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและโภชนาการกับสุขภาพย่อมมาจากการบริโภคอาหารเป็นพื้นฐาน ที่มีส่วนประกอบของสารอาหาร ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละช่วงวัย[๑๕] มนุษย์ต้องการ

---

[๑๒]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๓๘๓/๔๓๓-๔๔๑.

[๑๓]Narayanasamy Aru, and Narayanasamy Many, “The healing power of prayer and its implications for nursing”, **The British Journal of Nursing**, Vol. 17 No. 6 (March-April 2008) : 394-398.

[๑๔]พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๗), หน้า ๑๔๕.

[๑๕]พระมหาอภิสิทธิ์ วิริโย (จอดนอก), “ศึกษาการบำบัดความหิวในพระพุทธศาสนาเถรวาท”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕), หน้า ๕๘.

ได้ปัจจัย ๔ คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค ดังนั้น อาหารจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก ซึ่งมีความจำเป็นสาหรับการมีชีวิต เพราะเมื่อกินสิ่งที่มีประโยชน์แล้ว มีประโยชน์หลักๆ อยู่ ๒ ประการ คือ

๑) นำไปบำรุงร่างกาย สร้างการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

๒) ทำให้เกิดพลังงาน ให้ร่างกายมีแรงที่จะทำการงาน เคลื่อนไหวได้ดี[๑๖]

อาหารจะเป็นประโยชน์หากมีการนำมาใช้ให้พอเหมาะพอควร แต่ก็สามารถก่อให้เกิดโทษได้ เช่น โทษจากการทานอาหารน้อยเกินไป ดังกรณีของนางรำที่ตาย เพราะนางบริโภคอาหารน้อยเกินไปนานถึง ๗ วัน เพื่อให้รูปร่างอ้อนแอ้นในวันแสดง[๑๗] หรือในกรณีของพระมหาติสสเถระที่เป็นลมเพราะอดอาหาร นอกจากนี้ยังมีโทษที่เกิดจากการทานอาหารมากเกินไป เช่น ทำให้เกิดโรคอ้วน ดังตัวอย่างของพระเจ้าปเสนทิโกศล[๑๘] ชูชกได้บริโภคอาหารเกินประมาณ จนไม่สามารถให้อาหารย่อยได้ จึงสิ้นใจตายในที่นั้นเอง[๑๙] พราหมณ์ทั้ง ๕ คนที่กินจุเกินจนได้รับการติเตียน[๒๐]

การรู้จักประมาณในการบริโภค หรือ การบริโภคอย่างความพอดีเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งของการเจริญภาวนาเพื่อการบรรลุธรรม เมื่อมีการสำรวมกาย ใจแล้วควรต้องมีโภชเนมัตตัญญุตา พระพุทธเจ้าตรัสเรื่องการรู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร ดังความว่า

> ภิกษุพิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันบิณฑบาตไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อความมัวเมา ไม่ใช่เพื่อประดับ ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง แต่เพียงเพื่อกายนี้ดำรงอยู่ได้ เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไป เพื่อบำบัดความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยคิดเห็นว่า “โดยอุบายนี้ เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสียได้ และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา” แล้วจึงบริโภคอาหาร[๒๑]

การบริโภคบิณฑบาตอย่างความพอดี เป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งของการเจริญภาวนาเพื่อการบรรลุธรรม เมื่อมีการสำรวมกาย ใจแล้วควรต้องมีโภชเนมัตตัญญุตา ดังที่พระผู้มีพระภาคตรัสกับคณกโมคคัลลานพราหมณ์ว่า

> พราหมณ์ กาลใดภิกษุเป็นผู้คุ้มครองทวารในอินทรีย์ทั้งหลายแล้ว...พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันอาหาร ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อมัวเมา ไม่ใช่เพื่อประดับไม่ใช่เพื่อตกแต่ง แต่ฉันอาหารเพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้ เพื่อให้กายนี้เป็นไปได้เพื่อกำจัดความ

---

[๑๖]สุทธิวัสส์ คาภา (บรรยาย), จิระวิทย์ ศุภนันนทกานต์ (เขียนและเรียบเรียง), **กินอย่างไรถึงจะมีสุขภาพดี**, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: ธนธัชการพิมพ์, ๒๕๔๙), หน้า ๑๕.

[๑๗]ขุ.ธ.อ. (ไทย) ๔๒/๑/๒/๓/๑๑๓-๑๑๔.

[๑๘]ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๓๒๕/๑๓๔.

[๑๙]ขุ.ชา.ม.อ. (ไทย) ๖๔/๔/๓/๗๘๙.

[๒๐]พระพุทธโฆสเถระ, **คัมภีร์วิสุทธิมรรค**, หน้า ๔๘.

[๒๑]ม.มู (ไทย) ๑๒/๒๓/๒๓.

เบียดเบียน เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยคิดเห็นว่า เราจักกำจัดเวทนาเก่าและจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น...ความไม่มีโทษ และการอยู่ผาสุก จักมีแก่เรา[๒๒]

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนาจึงให้บริโภคเพียงเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง พอดำรงชีวิตอยู่ เพื่อบำเพ็ญประโยชน์คุณงามความดีต่อไปได้ ไม่ใช่บริโภคเพื่อเล่น มัวเมา หรือเกียรติยศศักดิ์ศรี เป็นต้น ในบทพิจารณาก่อนและหลังการบริโภคอาหารของพระภิกษุ จึงสอนให้พิจารณาว่า เราบริโภคอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อความเปล่งปลั่งของผิวพรรณ แต่เพื่อบรรเทาเวทนาเก่าคือความหิว และเพื่อไม่ให้เวทนาใหม่คือความอึดอัดเกิดขึ้น บริโภคเพียงเพื่อให้ชีวิตอยู่เพื่อประพฤติพรหมจรรย์เท่านั้น การบริโภคอาหารเพียงเพื่อให้ชีวิตอยู่ได้นั้นไม่ยุ่งยาก เพราะสำหรับผู้เช่นนั้น อะไรก็ได้ที่สามารถบรรเทาความหิวได้ ให้มีความรู้สึกสบายกายเท่านั้น ไม่แสวงหาความสุขในการบริโภคอาหาร แต่แสวงหาความสุขจากการศึกษาเล่าเรียนหาความรู้ให้เพิ่มเติม

ข. ออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเดิน การวิ่ง ยืด เหยียดกล้ามเนื้อ เดินจงกรมและอื่นๆ เป็นเวลาครั้งละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย ๓ ครั้ง การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายหัวใจและระบบไหลเวียนของเลือด ปอด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูก มีความแข็งแรง อดทนคล่องแคล่วว่องไว และทำงานได้นานขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพให้ร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เสริมสร้างภูมิต้านทานในการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดีการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ควรปฏิบัติเป็นประจำ โดยออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย ๓-๕ วัน วันละอย่างน้อย ๓๐ นาทีและควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาชีพ และสภาพร่างกาย[๒๓]

การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ จะส่งผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เพิ่มภูมิต้านทานโรค สอดคล้องกับการวิจัยของปรียาลักษณ์ โคหนองบัว และคณะ ที่พบว่า “การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นการออกกำลังกาย ที่มีผลต่อการพัฒนาของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือดและป้องกันอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือดได้”[๒๔] มีส่วนในการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัว รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ และสามารถผ่อนคลาย

---

[๒๒]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๗๕/๘๐.

[๒๓]กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, **คู่มือสุขภาพสำหรับประชาชน ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๕๕), หน้า ๔-๕.

[๒๔]ปรียาลักษณ์ โคหนองบัว และคณะ, “ผลของความหนักในการออกกำลังกาย”, **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ,** ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๕๒– มกราคม ๒๕๕๓) : ๒๒๕-๒๓๓.

ความเครียดได้ด้วย[๒๕] ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ดังนี้

๑) การออกกำลังกายส่งผลให้ร่างกายสามารถ ปรับระดับความดันโลหิตให้สมดุล ลดระดับไขมันในเลือด

๒) การออกกำลังกายส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจได้ทำงานเพิ่มขึ้น มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นตัวได้ดีลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓) การออกกำลังกายส่งผลให้ร่างกายได้เผาผลาญไขมัน น้ำตาลส่วนเกินในร่างกาย ลดความเสี่ยงของการมีไขมันในเส้นเลือด และโรคเบาหวาน

๔) การออกกำลังกายสามารถเพิ่มภูมิต้านทานโรคทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็ง[๒๖]

นอกจากนี้ควรเลือกออกกำลังกายในแบบที่เหมาะสมกับเวลา วัย อาชีพ และสภาพร่างกาย เช่น ในวัยทำงาน ควรเลือกออกกำลังกายในลักษณะของเต้นแอโรบิก วิ่งจ๊อกกิ้ง เดิน ว่ายน้ำ เป็นต้น แต่ในวัยผู้สูงอายุ ควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพราะว่าเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย การตอบสนองหรือการรับรู้ช้าลง มีปัญหาเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ ควรออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เพิ่มความสามารถและสมรรถภาพของร่างกายแบบไม่หักโหม ใช้แรงพอเหมาะค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเดินช้าๆ รำมวยจีน การบริหารประกอบเพลง เป็นต้น ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน แต่ควรออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย ไม่หักโหม พยายามเริ่มต้นทีละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดที่พอเหมาะ[๒๗]

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีส่วนสำคัญที่การมีสุขภาพที่ดี เป็นการเพิ่มออกออกซิเจนให้แก่ร่างกาย แต่การออกกำลังกายก็สามารถก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย หรือสุขภาพได้ ถ้าผู้ที่ออกกำลังกายไม่คำนึงถึงข้อจำกัดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม และข้อบัญญัติที่เหมาะสมต่อการออกกำลังกาย

ค. อารมณ์ดี หมายถึง การควบคุมและปล่อยวางจิตใจ ไม่ยึดมั่นถือมั่นโดยไม่มีเหตุผล การยึดหลักทางสายกลางตามหลักพุทธธรรม การรู้จักคลายเครียด เมื่อมีสิ่งกระทบให้เกิดอารมณ์ โดยใช้สติสัมปชัญญะ และเจริญสมาธิสม่ำเสมอ

---

[๒๕]ธันยาภรณ์ อรัญวาลัย, “เข้าใจ ใส่ใจ สุขภาพผู้สูงอายุ”, **จุลสารวิทยาลัยแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ,** ปีที่ ๒ ฉบับพิเศษ (๒๕๕๑) : ๓-๕.

[๒๖]กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, **คู่มือสุขภาพสำหรับประชาชนปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย**, หน้า ๘.

[๒๗]เพ็ญศิริ สันตโยภาส, “การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ”, **จุลสารวิทยาลัยแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ,** ปีที่ ๒ ฉบับพิเศษ (๒๕๕๑) : ๒-๓.

๓) หลักการ ๑ น : การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน

ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย ๓ ส ๓ อ ผสมผสานการเรียนรู้ การอาชีพและการสังสรรค์จนเป็นนิสัย มีวินัยประจำตนอย่างมีดลุยภาพกับการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์และยั่งยืน โดยมีกิจวัตรประจำวันหมุนเวียนกันไปตามนาฬิกาชีวิต หากสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังกล่าวได้เป็นปกตินิสัย อวัยวะต่างๆ ของร่างกายก็จะสามารถทำหน้าที่อย่างปกติ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้มีสุขภาพทั้ง ๔ มิติ คือ สุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม คุณภาพชีวิตก็จะดีตามไปด้วย และชีวิตนี้จะมีความหมายและคุณค่ามากที่สุด ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยปฏิบัติตามกิจวัตรต่างๆ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ ๖.๑ แสดงการปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน [๒๘]

เวลา	กิจวัตรประจำวัน
๐๕.๐๐ น.	ตื่นนอน ล้างหน้าแปรงฟัน ดื่มน้ำ ๒ – ๓ แก้ว
๐๕.๐๑ – ๐๗.๐๐ น.	สวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ แผ่เมตตา ออกกำลังกาย
๐๗.๐๑ – ๐๘.๐๐ น.	อาบน้ำ รับประทานอาหารมื้อเช้า
๐๘.๐๑ – ๑๒.๐๐ น.	ปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวัน
๑๒.๐๑ – ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารมื้อกลางวัน
๑๓.๐๑ – ๑๖.๓๐ น.	ปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวัน
๑๖.๓๑ – ๑๗.๓๐ น.	ออกกำลังกาย
๑๗.๓๑ – ๑๘.๓๐ น.	พักผ่อน อาบน้ำ ปฏิบัติภารกิจประจำวันในครอบครัว สังคม
๑๘.๓๑ – ๑๙.๓๐ น.	รับประทานอาหารมื้ออาหารเย็นเบา ๆ หรืออาหารว่าง
๑๙.๓๑ – ๒๒.๐๐ น.	พักผ่อน ผ่อนคลาย สบายอารมณ์ สวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ ฟังหรืออ่านธรรมะ
๒๒.๐๑ น.	แปรงฟัน ดื่มน้ำ ๑ แก้ว ปัสสาวะ เข้านอน

ทั้งนี้ ควรทำความเข้าใจ วงจรการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในรอบ ๑ วัน ที่เป็นเหตุผลสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามนาฬิกาชีวิตเพื่อสุขภาพดี วิถีพุทธ ดังกล่าวข้างต้น ตามวงจรการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในรอบแต่ละวัน ในช่วงเวลาต่างๆ ต่อไปนี้

---

[๒๘] อุทัย สุดสุข และคณะ, **แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดี วิถีพุทธ**, (อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท, ๒๕๕๔), หน้า ๑๕-๑๗.

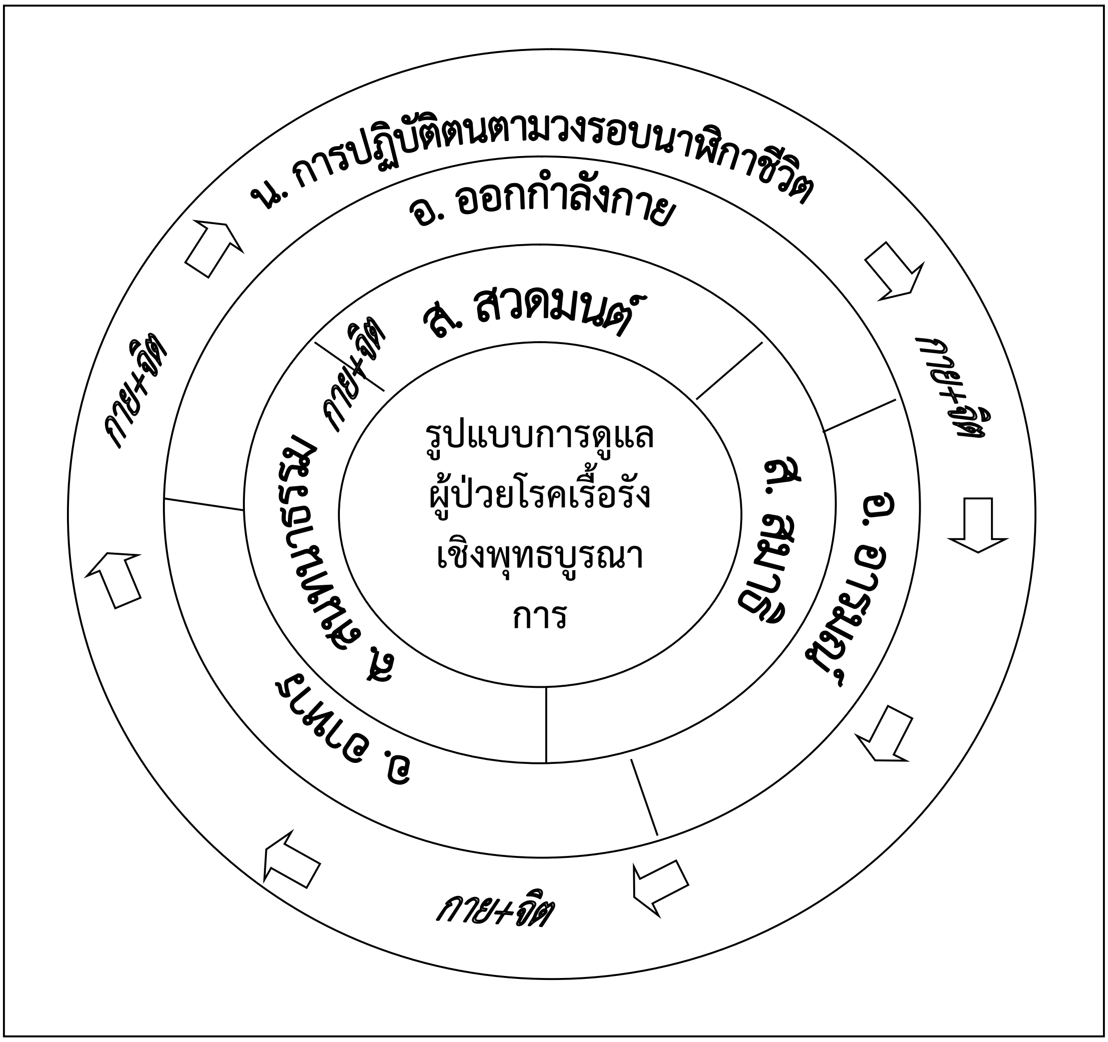
ตารางที่ ๖.๒ แสดงวงจรการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายในรอบ ๑ วัน[๒๙]

เวลา	การทำหน้าที่ของอวัยวะ
เวลา ๐๑.๐๐ – ๐๓.๐๐ น.	ตับ ทำหน้าที่สะสมอาหารสำรอง ขับสารเคมีออกจากร่างกาย ผลิตน้ำดีส่งไปเก็บที่ถุงน้ำดีเพื่อย่อยไขมัน ถ้าช่วงนี้ยังไม่หลับนอน การทำหน้าที่ของตับอาจด้อยประสิทธิภาพ ทำให้เกิดโรคต่างๆ หลายชนิด ส่งผลถึงตับอ่อนอาจผลิตฮอร์โมนอินซูลินน้อยลงด้วย ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้
เวลา ๐๓.๐๐ – ๐๕.๐๐ น.	ปอด ได้รับออกซิเจนไปฟื้นฟูเซลล์และขับสารพิษออกจากเซลล์ต่างๆ จากการตื่นนอนและสูดอากาศบริสุทธิ์ตอนเช้าๆ ทำวัตรเช้า สวดมนต์
เวลา ๐๕.๐๐ – ๐๗.๐๐ น.	ลำไส้ใหญ่ ถูกกระตุ้นให้ขับของเสียออกจากร่างกาย (อุจจาระ)
เวลา ๐๗.๐๐ – ๐๙.๐๐ น.	กระเพาะอาหาร รับอาหารเช้า หลั่งกรดไปย่อยอาหารบางส่วนและส่งอาหารลงไปย่อยต่อยังลำไส้เล็ก
เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.	ม้าม เก็บพลังงานสำรอง เก็บสารอาหาร เก็บทุกอย่างที่กระเพาะอาหารย่อยเต็มที่แล้ว ทำหน้าที่กรองแบคทีเรีย (เชื้อโรค) สร้างเม็ดเลือดขาว กรองเม็ดเลือดเสีย ผลิตน้ำดี
เวลา ๑๑.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	หัวใจ ทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย ในภาวะปกติหัวใจจะสูบฉีดโลหิตในระดับความดันปกติ ถ้าหัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายถี่ขึ้น แรงขึ้น เร็วขึ้น ก็จะเป็นภาวะของความดันโลหิตสูง
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.	ลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ย่อยอาหาร
เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.	กระเพาะปัสสาวะ ขับของเสียที่เกิดจากการแปรรูปอาหารที่ลำไส้เล็กในช่วงเวลาที่กระเพาะปัสสาวะจะทำงานมากที่สุด เพื่อขับกรดและของเสียออกจากร่างกาย
เวลา ๑๗.๐๐ – ๑๙.๐๐ น.	ไต มีหน้าที่ขับของเสียออกมากับน้ำปัสสาวะ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นกรด
เวลา ๑๙.๐๐ – ๒๑.๐๐ น.	เยื่อหุ้มหัวใจ คลายตัวจากการพักงานหนัก พักผ่อน และผ่อนคลาย
เวลา ๒๑.๐๐ – ๒๓.๐๐ น.	ระบบความร้อนของร่างกาย ลดลงเนื่องจากไม่ต้องการใช้พลังงานมากในการย่อยอาหารหรือเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ จึงควรรักษาความอบอุ่นของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ
เวลา ๒๓.๐๐ – ๐๑.๐๐ น.	ถุงน้ำดี มีหน้าที่เก็บน้ำดีที่ผลิตจากตับ และส่งน้ำดีไปย่อยไขมันในลำไส้ในช่วงนี้มีความผ่อนคลายจากการไม่ต้องส่งน้ำย่อยไปย่อยอาหารหรือส่งไปน้อย ในระหว่างการหลับนอน

[๒๙]ดูรายละเอียดใน ล้อเกวียน (นามแฝง), **เวลาชีวิต**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, (กรุงเทพมหานคร: ฟ้าอภัย, ๒๕๕๓), หน้าปก, ๕-๓๐.

๖.๒ องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นวิธีการเชิงพุทธผสมกับการแพทย์ปัจจุบัน ในกระบวนการป้องกันการเกิดโรค กระบวนการในการเยียวยา และกระบวนการในการแก้ไขเมื่อเกิดโรค คือ “CMDEEED” สามารถสรุปนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการได้ดังนี้



แผนภาพที่ ๖.๑ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEEED”

จากแผนภาพที่ ๖.๑ แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ "CMDEEED" ที่ได้บูรณาการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบดังต่อไปนี้

๑. C (Chanting) การสวดมนต์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ เช่น บทสวดมนต์เช้า-เย็น บทสวดพระคาถาชินบัญชร บทสวดโพชฌังคปริตร เป็นต้น หลังจากสวดมนต์ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง จิตใจจะเงียบสงบลง ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการเจริญสมาธินั่นเอง ช่วยปลดปล่อยความเครียดและช่วยพัฒนาการใช้ชีวิตให้เป็นปกติส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นด้วย

๒. M (Meditation) การปฏิบัติสมาธิ บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การเจริญสมาธิ ทำให้จิตสงบ ใจสบายคลายทุกข์ หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดี ทำงานมีประสิทธิภาพ มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ว่า การเจริญสมาธิต่อเนื่องช่วยให้ปรับสมดุลของร่างกายและสารเคมีในร่างกายสร้างสารสุขและภูมิคุ้มกันโรค สามารถสร้างสุขภาพและบำบัดโรคให้หายหรือทุเลาได้หลายชนิด

๓. D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรมบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การสนทนาธรรมเป็นการเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูลต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และการสาธารณสุขด้วย โดยปรึกษาหรือซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม และหรือด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ

๔. E (Eating) การรับประทานอาหารบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ตามหลักโภชนาการในปริมาณพอประมาณ คือ การรู้จักประมาณในการบริโภคเพื่อหล่อเลี้ยง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้ร่างกายเป็นปกติสุขพอเพียง มิใช่รับประทานตามความอยาก หรือความอร่อยเท่านั้น

๕. E (Exercise) การออกกำลังกาย บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน การวิ่ง ยืด เหยียดกล้ามเนื้อ เดินจงกรมและอื่นๆ เป็นเวลาครั้งละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย ๓ ครั้ง ตามแนวทางที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๖. E (Emotional control) การควบคุมอารมณ์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การควบคุมและปล่อยวางจิตใจ ไม่ยึดมั่นถือมั่นโดยไม่มีเหตุผล การยึดหลักทางสายกลางตามหลักพุทธธรรมการรู้จัก คลายเครียด เมื่อมีสิ่งกระทบให้เกิดอารมณ์ โดยใช้สติสัมปชัญญะและเจริญสมาธิสม่ำเสมอ

๗. D (Daily life activity around the clock) การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย ๓ ส ๓ อ ผสมผสานการเรียนรู้ การอาชีพและการสังสรรค์จนเป็นนิสัย มีวินัยประจำตนอย่างมีดุลยภาพกับการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์และยั่งยืน โดยมีกิจวัตรประจำวันหมุนเวียนกันไปตามนาฬิกาชีวิต

๖.๓ ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

จากการศึกษาผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ สามารถสรุปสาระสำคัญจำแนกตามการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคล คือ สภาวะที่สมบูรณ์ หรือ สุขภาพ ๔ มิติที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้แก่ ๑) สุขภาพทางด้านร่างกาย ๒) สุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ ๓) สุขภาพทางด้านสังคม และ ๔) สุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

๑) มิติทางด้านร่างกาย

จากการศึกษาผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า เขาได้รับประสบการณ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพและได้รับความรู้ในการบริโภคอาหารอย่างถูกวิธี การควบคุมอารมณ์ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนในวงรอบของชีวิตประจำวัน มีผลทำให้รู้จักระมัดระวังในการรับประทานอาหาร รวมทั้งได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้บางคนสามารถลดการพึ่งพายาแผนปัจจุบันในการรักษาโรค หรือในบางคนหมอลดปริมาณยาลงมาก และไม่ต้องฉีดยาควบคุมน้ำตาล จากสุขภาพไม่ดีอันเกิดจากอาการป่วย ทำให้ร่างกายดีขึ้น อันเนื่องมาจากการฝึกวิปัสสนา ผลการสะท้อนคิดปรากฏดังนี้

> ดิฉันเป็นผู้เข้ารับการอบรมที่โครงการได้จัดขึ้น ได้รับประสบการณ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย เช่น การรู้จักควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งในอดีต ดิฉันจะไม่ค่อยระมัดระวังในการรับประทานอาหาร จะทานอาหารที่มีรสเค็ม รสจัด เวลาทานจะชอบปรุงรสอยู่ประจำ เมื่อได้เข้าร่วมโครงการส่งผลให้ได้รับความรู้เรื่องการทานอาหารที่ทำให้เกิดโรคได้ถ้าเราไม่ระมัดระวัง ซึ่งในปัจจุบัน ทำให้สุขภาพดีขึ้นจากเดิมมาก
>
> (ผู้สะท้อนคิด ก, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖)

> ผมเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้เข้าร่วมโครงการ ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยลดการพึ่งพายาแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาโรค ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมนั้นทางโครงการได้แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ ของตนเองแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญญาและสังคม โดยให้ความรู้ในการบริโภคอาหารอย่างถูกวิธี และการบริโภคอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ การควบคุมอารมณ์ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนในวงรอบของชีวิตประจำวัน
>
> (ผู้สะท้อนคิด ข, **จดหมาย,** ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗)

“ข้าพเจ้าได้มีโอกาส เข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้รู้สึกว่าจากที่สุขภาพไม่ดีอันเกิดจากอาการป่วย ทำให้ร่างกายดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการฝึกปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ”

(ผู้สะท้อนคิด ค, **จดหมาย,** ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗)

ดิฉันเป็นสมาชิก ผู้เข้าร่วมโครงการรู้สึกขอบคุณผู้จัดที่ได้จัดกิจกรรมดีๆ มีประโยชน์ หลังจากที่ดิฉันได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น จากที่ต้องกินยามากมายแทบจะอิ่มยาแทนข้าว ปัจจุบันหมอลดปริมาณยาลงมาก ไม่ต้องฉีดยาควบคุมน้ำตาลแล้วค่ะ

(ผู้สะท้อนคิด ง, **จดหมาย,** ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗)

๒) มิติทางด้านจิตใจและอารมณ์

จากการศึกษาผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการสุขภาพดีวิถีพุทธ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้เขาได้รับโอกาสในการสวดมนต์ เจริญภาวนา ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น มีอารมณ์เย็น ไม่ต้องกังวลใจ ทำให้ผ่อนคลายได้มาก อันเกิดจากการได้ฝึกเจริญวิปัสสนา โดยที่เมื่อก่อนจากที่รู้สึกอึดอัด หดหู่ จากการมารอรับการตรวจ ก็เปลี่ยนเป็นรอวันนัดของหมอว่าเมื่อไรจะมาถึง นอกจากนี้ ยังมีความคิดเห็นที่สนับสนุนเกี่ยวกับการได้มีโอกาส สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม และแลกเปลี่ยนความรู้ทางธรรมนั้น ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพทางจิตดีขึ้น ผลการสะท้อนคิดปรากฏดังนี้

“การเข้าค่ายทำให้ได้มีโอกาสสวดมนต์ เจริญสมาธิ นั่งภาวนา ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องกังวลและปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ผ่อนคลายตนเองได้มาก”

(ผู้สะท้อนคิด ก, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโครงการผมได้มีโอกาสสวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ได้โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ทางธรรม ซึ่งในอดีตผมไม่มีโอกาสปฏิบัติอย่างนี้เลย เมื่อได้ลองศึกษาปฏิบัติแล้วทำให้ผมมีสุขภาพทางจิตใจที่ดีขึ้น และทำให้ผมได้รับรู้สะท้อนปัญหาของผมที่เกิดขึ้นกับตัวเองมากขึ้น ทำให้จิตใจของผมนั้นดีมากขึ้น สงบและได้คิดทบทวนกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ทำให้เห็นข้อดี ข้อเสีย และข้อผิดพลาดในอดีต ผมจึงขอขอบพระคุณพระอาจารย์มากขอรับที่ทำให้ผมได้รับรู้และเข้าใจกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นครับ”

(ผู้สะท้อนคิด ข, **จดหมาย,** ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

“ข้าพเจ้าได้มีโอกาส เข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้รู้สึกว่า สุขภาพจิตดีขึ้นมาก อารมณ์เย็น ที่ได้รับการฝึกวิปัสสนา”

(ผู้สะท้อนคิด ค, **จดหมาย,** ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๖)

“จากที่ได้เจริญวิปัสสนา ความร้อนลุ่มในใจก็เย็นลง เคยกลัวสักวันต้องตายก็กลายเป็นปลงและยอมรับ ความจริงข้อนี้ได้ จากที่รู้สึกอึดอัดหดหู่ จากการมารอรับการตรวจ ผู้คนเยอะแยะมากมายแออัดเปลี่ยน เป็นรอวันนัดของหมอ”

(ผู้สะท้อนคิด ง, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

๓) มิติทางด้านสังคม

จากการศึกษาผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า เขาการได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น โดยที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพ ได้ซักถามสารทุกข์กันและกัน ได้รับความรู้ดี ๆ ได้พบปะเพื่อนฝูง ซึ่งทำให้เกิดกำลังใจที่ดีมาก และจากการที่รอพบหมอเพื่อรอรับยากลับบ้าน ได้เปลี่ยนเป็นพบหมอเพื่อติดตามสุขภาพเท่านั้น นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมโครงการยังมีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ “การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ” ในครั้งต่อไป ผลการสะท้อนคิดปรากฏดังนี้

“การเข้าค่ายทำให้ได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ชีวิตให้กับผู้อื่นได้รับรู้ หรือแชร์ความรู้สึกตน และทำให้ผ่อนคลายตนเองได้มาก”

(ผู้สะท้อนคิด ก, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

“ได้โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ทางธรรม ซึ่งในอดีตผมไม่มีโอกาสปฏิบัติอย่างนี้เลย และทำให้ผมได้รับรู้สะท้อนปัญหาของผมที่เกิดขึ้นกับตัวเองมากขึ้น”

(ผู้สะท้อนคิด ข, **จดหมาย,** ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

“จากการมารอรับการตรวจ ผู้คนเยอะแยะมากมายแออัด เปลี่ยนเป็นรอวันนัดของหมอเมื่อไหร่จะมาถึงเพราะวันนั้นจะได้พบปะเพื่อนฝูงที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพ ซักถามสารทุกข์ การพบหมอจากที่ต้องรอรับยากลับบ้าน เปลี่ยนเป็นพบหมอเพื่อติดตามสุขภาพเท่านั้น ดิฉันรู้สึกขอบคุณโครงการดีๆ เช่นนี้”

(ผู้สะท้อนคิด ง, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

"หลังการเข้าร่วมโครงการฯ ข้าพเจ้ารู้สึกขอบคุณอย่างยิ่งที่มีโครงการดีๆ เช่นนี้ ทั้งได้รับความรู้ดี ๆ และได้พบปะเพื่อนฝูงทำให้เกิดกำลังใจอย่างดีมาก"

(ผู้สะท้อนคิด ค, **จดหมาย,** ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

๔) มิติทางด้านจิตวิญญาณ

จากการศึกษาผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า เมื่อได้ฝึกเจริญวิปัสสนาก็มีผลทำให้ความร้อนรุ่มในใจก็เย็นลง สุขภาพจิตดีขึ้น เปลี่ยนจากความกลัวที่จะต้องตาย กลับกลายเป็นปลงและยอมรับความจริงข้อนี้ได้ นอกจากนี้ยังทำให้สงบและได้คิดทบทวนกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ทำให้ทราบข้อดี ข้อเสีย และข้อผิดพลาดในอดีต ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโครงการและได้รับการแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ผลการสะท้อนคิดปรากฏดังนี้

> การเข้าร่วมโครงการ ทำให้ได้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ ของตนเองแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญญาและสังคม และทำให้ผมได้รับรู้สะท้อนปัญหาของผมที่เกิดขึ้นกับตัวเองมากขึ้น ทำให้จิตใจของผมนั้นดีมากขึ้น สงบและได้คิดทบทวนกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ทำให้เห็นข้อดี ข้อเสีย และข้อผิดพลาดในอดีต
>
> (ผู้สะท้อนคิด ข, **จดหมาย,** ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

"หลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้รู้สึกว่า สุขภาพจิตดีขึ้นมาก อารมณ์เย็น ที่ได้รับการฝึกวิปัสสนา จากที่สุขภาพไม่ดีอันเกิดจากอาการป่วย ทำให้ร่างกายดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการฝึกวิปัสสนา"

(ผู้สะท้อนคิด ค, **จดหมาย,** ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

"หลังจากที่ดิฉันได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น จากที่ได้เจริญวิปัสสนา ความร้อนลุ่มในใจก็เย็นลง เคยกลัวสักวันต้องตายก็กลายเป็นปลงและยอมรับความจริงข้อนี้ได้"

(ผู้สะท้อนคิด ง, **จดหมาย,** ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗)

โดยภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ได้สะท้อนคิดให้เห็นภาพความประทับใจที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ "CMDEEED" โดยได้สะท้อนภาพของการดูแลสุขภาพใน ๔ มิติ ประกอบด้วย ๑) การดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย ๒) การดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ ๓) การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม และ ๔) การดูแลสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

บทที่ ๗

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา และเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อขยายผลวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็นเป็น ๒ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ ใช้แนวทางวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) ในการศึกษา ๑) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ๒) พุทธธรรมกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ ๓) สังเคราะห์เกี่ยวกับการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและพระพุทธศาสนา โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้ได้กระบวนการรักษาแบบพุทธบูรณาการ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม ๓ ส ๓ อ ๑ น

ระยะที่ ๒ ใช้แนวทางวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) ในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ โดยผลการศึกษาสามารถวัดได้จากระดับคุณภาพชีวิต และระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ กระบวนการดูแลรักษาแบบพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย การสวดมนต์ การทำสมาธิ การสนทนาธรรม การควบคุมการบริโภค การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามนาฬิกาชีวิต และตัวแปรตาม คือ สุขภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การลดระดับความซึมเศร้า และการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเรื่องนี้ได้แก่ ประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นข้อมูลการคัดกรองจากกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนรวมทั้งสิ้น ๘,๒๐๒ คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเรื่องนี้คือประชาชนที่มีอายุ ๑๘-๗๐ ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑๐๐ คนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดด้วยธรรมปฏิบัติ โดยความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ลักษณะของบุคคลที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ชุดธรรมปฏิบัติ ๓ ส ๓ อ ๑ น แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ (The Thai Depression Inventory) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression score) สำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test)

๗.๑ สรุปผลการวิจัย

การเสนอสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ เป็นการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และส่วนที่ ๒ เป็นการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

๗.๑.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

๑) ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง ๕๑ - ๖๐ ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพกสิกรรม รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับบุตร การศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท) รองลงมา คือ เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง ๔๑ - ๕๐ ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง ๓๑ - ๔๐ ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง รองลงมา ประกอบอาชีพกสิกรรม อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับบุตร การศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท) รองลงมา คือ ประกันสังคม

๒) ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับผลการตรวจสุขภาพก่อนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยธรรมปฏิบัติ สรุปได้ว่า กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมีส่วนสูงอยู่ระหว่าง ๑๕๒-๑๗๑ เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง ๑๖๓.๓๘ เซนติเมตร น้ำหนักอยู่ระหว่าง ๖๘-๘๖ กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ๗๕.๖๒ กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง ๒๔.๙๘- ๓๘.๘๘ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ๒๘.๓๔ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๑๔-๑๔๖ มิลลิกรัม ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๘.๓๐ มิลลิกรัม และกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยมีส่วนสูงอยู่ระหว่าง ๑๕๒ - ๑๗๓ เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง ๑๖๔.๐๘ เซนติเมตร น้ำหนักอยู่ระหว่าง ๖๘ - ๘๖ กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ๗๕.๗๖ กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง ๒๔.๗๒-๓๔.๘๘ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ๒๘.๔๙ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๑๐๕ - ๑๓๕ มิลลิกรัม ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๐.๙๔ มิลลิกรัม

๓) ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๖ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ

๕๘ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ ๘๒ นอนหลับเป็นปกติ ร้อยละ ๗๒ และป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๓๖ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๔ และกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๖๐ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บางครั้ง ร้อยละ ๓๘ รองลงมา คือ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ ๓๖ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ร้อยละ ๗๒ นอนหลับเป็นปกติ ร้อยละ ๕๘ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๔ รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๘

๔) ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ บางครั้ง ร้อยละ ๕๖ รองลงมา คือ สวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ ๓๘ การเข้าวัดทำบุญ บางครั้ง ร้อยละ ๖๐ การเข้าร่วมปฏิบัติธรรมบางครั้ง ร้อยละ ๗๒ การปฏิบัติตามหลักศีล บางครั้ง ร้อยละ ๕๖ และ การเข้ากิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชน บางครั้ง ร้อยละ ๖๖ และกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ บางครั้ง ร้อยละ ๖๔ รองลงมา คือ สวดมนต์เป็นประจำ ร้อยละ ๒๔ การเข้าวัดทำบุญ บางครั้ง ร้อยละ ๗๐ การเข้าร่วมปฏิบัติธรรมบางครั้ง ร้อยละ ๖๖ การปฏิบัติตามหลักศีล บางครั้ง ร้อยละ ๖๖ และ การเข้ากิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชนเป็นประจำ ร้อยละ๘๐

๗.๑.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสาระจากวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แยกตามวัตถุประสงค์การวิจัยเป็น ๓ ด้าน ด้านแรกคือ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย ด้านที่สองคือ แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา และด้านที่สามคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

๑) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย

จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานและความก้าวหน้าช้า โดยทั่วไปเป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด โรคบางชนิดมีส่วนสัมพันธ์กันที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิต ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ไม่รักษาให้หายเป็นปกติได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาอื่นๆ ลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นความบกพร่อง หรือเบี่ยงเบนจากปกติที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคือสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดย

ตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมผลกระทบตามไปด้วยไม่มากก็น้อย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในครอบครอบครัว

ในวงการแพทย์ทางตะวันตกได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จนได้แนวทางในการดูแลรักษา และได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะท้องถิ่น โดยการผสมผสานจากส่วนต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในประเทศต่างๆ ตามลักษณะของแต่ละภูมิภาค สามารถลดจำนวนการเสียชีวิตของประชากรได้เป็นอย่างดี สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาในการรักษา การใช้แพทย์ทางเลือก และการควบคุมอาหาร

ด้านสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย สรุปได้ว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยนั้น โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานจะเป็นโรคตั้งต้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ที่มักเกิดตามมาถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การพัฒนาระบบการให้การบริการส่งเสริมการดูแลตนเอง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยสู่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข

๒) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง บุคคลที่เกิดความทุกข์จากการเจ็บป่วยเข้าครอบงำ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์กาย หรือทุกข์ใจ หรือทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย (๑) โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคในกาย โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก และ (๒) โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยา ความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอาลัยอาวรณ์ ความคับแค้นใจ เป็นต้น โรคที่เกิดทางกายเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์ ทั้งที่เป็นอวัยวะภายในและอวัยวะภายนอก ส่งผลให้ได้รับความลำบากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านฤดูแปรปรวน การไม่รู้ประมาณในการบริโภค การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง การถูกทำร้ายและการมีอายุมาก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ลำบาก ก่อให้เกิดสภาวะที่

เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความกังวลทางจิตใจ มีความกังวลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวต่อความตาย และ กังวลต่อการรักษาที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือ ความเบื่อหน่ายต่อโรคที่เกิดขึ้น ไม่อยากรักษาต่อไป ปล่อยให้โรคกำเริบและเสียชีวิตในที่สุด การรักษามีวิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น การรักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร หมั่นเดินออกกำลังกาย และหมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปจะส่งผลต่อการขับถ่าย นำไปสู่โรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ถ้ารับประทานอาหารแล้วไม่บริหารร่างกาย อาหารที่บริโภคเข้าไปอาจเกิดการย่อยสลายช้า นำไปสู่โรคร้ายได้ สำหรับการประพฤตินั้น เป็นแนวทางที่นำเสนอเพื่อการมีชีวิตที่เหมาะสม ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ เช่น การคบเพื่อน การเสพอบายมุข ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมโรคต่าง ๆ ก็จะสามารถกำเริบได้ หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรงสำหรับพุทธศาสนิกชน สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น หลักอริยสัจ ๔ อธิษฐานธรรม ๔ โภชเนมัตตัญญุตา อิทธิบาท ๔ โยนิโสมนสิการ อปัณณกปฏิปทา เป็นต้น

๓) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นวิธีการเชิงพุทธผสมกับการแพทย์ปัจจุบัน ในกระบวนการป้องกันการเกิดโรค กระบวนการในการเยียวยา และกระบวนการในการแก้ไขเมื่อเกิดโรค คือ “CMDEEED” ถือได้ว่าเป็นคุณค่าและเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

C (Chanting) การสวดมนต์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ แนะนำบทสวดมนต์ ในท้ายคู่มือนี้ เมื่อกลับบ้านแล้วมีเวลามากอาจสวดมนต์บทอื่นๆ ด้วยก็ได้ เช่น บทสวดพระคาถาชินบัญชร บทสวดโพชฌังคปริตร เป็นต้น หลังจากสวดมนต์ไปได้ระยะเวลาหนึ่งจิตใจจะเงียบสงบลง ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการเจริญสมาธินั่นเอง ช่วยปลดปล่อยความเครียดและช่วยพัฒนาการใช้ชีวิตให้เป็นปกติส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นด้วย

M (Meditation) การปฏิบัติสมาธิ บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การเจริญสมาธิ ทำให้จิตสงบ ใจสบายคลายทุกข์ หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดี ทำงานมีประสิทธิภาพ มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ว่า การเจริญสมาธิต่อเนื่องช่วยให้ปรับสมดุลของร่างกายและสารเคมีในร่างกายสร้างสารสุขและภูมิคุ้มกันโรค สามารถสร้างสุขภาพและบำบัดโรคให้หายหรือทุเลาได้หลายชนิด

D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรมบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การสนทนาธรรมเป็นการเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูลต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์และการสาธารณสุข

ด้วย โดยปรึกษาหรือซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม และหรือด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ

E (Eating) การรับประทานอาหารบูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ตามหลักโภชนาการในปริมาณพอประมาณ คือ การรู้จักประมาณในการบริโภคเพื่อหล่อเลี้ยง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้ร่างกายเป็นปกติสุขพอเพียง มิใช่รับประทานตามความอยาก หรือความอร่อยเท่านั้น

E (Exercise) การออกกำลังกาย บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน การวิ่ง ยืด เหยียดกล้ามเนื้อ เดินจงกรมและอื่นๆ เป็นเวลาครั้งละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย ๓ ครั้ง ตามแนวทางที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

E (Emotional control) การควบคุมอารมณ์บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ การควบคุมและปล่อยวางจิตใจ ไม่ยึดมั่นถือมั่นโดยไม่มีเหตุผล การยึดหลักทางสายกลางตามหลักพุทธธรรมการรู้จัก คลายเครียด เมื่อมีสิ่งกระทบให้เกิดอารมณ์ โดยใช้สติสัมปชัญญะและเจริญสมาธิสม่ำเสมอ

D (Daily life activity around the clock) การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน บูรณาการกับการดูแลรักษาในทางการแพทย์ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย ๓ ส ๓ อ ผสมผสานการเรียนรู้ การอาชีพและการสังสรรค์จนเป็นนิสัย มีวินัยประจำตนอย่างมีดลุยภาพกับการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์และยั่งยืน โดยมีกิจวัตรประจำวันหมุนเวียนกันไปตามนาฬิกาชีวิต

จากการศึกษาด้วยวิธีการเชิงปริมาณ สรุปได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในทุกด้านมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ สำหรับระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ โดยที่ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๒๙.๖๖ และ หลังการศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ ๒๔.๐๔ และเมื่อเปรียบเทียบด้านความรุนแรงของความซึมเศร้า พบว่า จำนวนของผู้ป่วยไม่มีความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๐ เป็นร้อยละ ๒๘ ภาวะความซึมเศร้าขั้นอ่อนลดลงจากร้อยละ ๑๖ เป็นร้อยละ ๓๐ ภาวะความซึมเศร้าขั้นปานกลางลดลงจากร้อยละ ๓๗ เป็นร้อยละ ๒๑ ภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงลดลงจาก ร้อยละ ๑๐ เป็น ๐ และไม่พบผู้ป่วยมีภาวะความซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ทั้งก่อนและหลังการศึกษา

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลการสะท้อนคิดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วม **"โครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** สรุปได้ว่า **มิติทางด้านร่างกาย** ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับประสบการณ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพและได้รับความรู้ในการบริโภคอาหารอย่างถูกวิธี การควบคุมอารมณ์ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนในวงรอบของชีวิตประจำวัน **มิติทางด้านจิตใจและอารมณ์** ผู้เข้าร่วมโครงการได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการได้รับโอกาสในการสวดมนต์ เจริญภาวนา ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น มีอารมณ์เย็น ไม่ต้องกังวลใจ ทำให้ผ่อนคลายได้มาก **มิติทางด้านสังคม** ผู้เข้าร่วมโครงการสะท้อนคิดเกี่ยวกับการได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น โดยที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลสุขภาพ ได้ซักถามสารทุกข์กันและกัน ได้รับความรู้ดีๆ ได้พบปะเพื่อนฝูง ซึ่งทำให้เกิดกำลังใจที่ดีมาก และ **มิติทางด้านจิตวิญญาณ** ผู้เข้าร่วมโครงการได้สะท้อนคิดว่าเมื่อได้ฝึกเจริญวิปัสสนาก็มีผลทำให้ความร้อนรุ่มในใจก็เย็นลง เปลี่ยนจากความกลัวที่จะต้องตาย กลับกลายเป็นปลงและยอมรับความจริงข้อนี้ได้ รวมทั้งทำให้สงบและได้คิดทบทวนกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ทำให้ทราบข้อดี ข้อเสีย และข้อผิดพลาดในอดีต

๗.๒ อภิปรายผล

การเสนอผลการอภิปรายผลการวิจัยในตอนนี้ ผู้วิจัยแยกนำเสนอเป็น ๒ ตอน ประกอบด้วย การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

๗.๒.๑ การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่ มีการสวดมนต์ ไหว้พระ บางครั้ง การเข้าวัดทำบุญ บางครั้ง การเข้าร่วมปฏิบัติธรรมบางครั้ง การปฏิบัติตามหลักศีล บางครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากการความเจ็บป่วยอาจส่งผลให้เกิดความกังวล หรือในผู้ป่วยบางคนก็มีความเข้าใจกับอาการเจ็บป่วย รวมทั้งปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชนตามเวลาและโอกาสที่มี ทั้งนี้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพใจให้มีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับสภาพร่างกายที่ต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วย ด้วยการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวภรณ์ แนวจำปา[๑] ที่ได้เสนอการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ ที่ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ควรได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมมิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางปัญญา มิติทางสังคม วิธีการแบบองค์รวม เช่น การดูแลด้านร่างกายโดยการสร้างบรรยากาศ

---

[๑]สุวภรณ์ แนวจำปา, "การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔).

การดูแลด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ให้ครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ การตายอย่างสงบ หลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการคือ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหารธรรมคือเมตตากรุณาเป็นพื้นฐาน โดยส่วนตนผู้ดูแลเองก็มีความเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย

๗.๒.๒ การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัย

การเสนอผลการอภิปรายผลการวิจัยในตอนนี้ ผู้วิจัยแยกนำเสนอรวม ๔ ประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ๓ ข้อ และคุณค่าและข้อจำกัดของการวิจัย ดังต่อไปนี้

๑) การอภิปรายผลการวิจัยด้านแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและและสภาพปัญหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์พบว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงที่ตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว ในวงการแพทย์ทางตะวันตกได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จนได้แนวทางในการดูแลรักษา และได้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะท้องถิ่น โดยการผสมผสานจากส่วนต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ มีความตั้งใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยนั้น โรคเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การพัฒนาระบบการให้การบริการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขบัญญัติในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหาภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยสู่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับคำกล่าวของ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)[๒] ที่ได้นำเสนอไว้ว่า "ในการดูแลผู้ป่วยไว้นั้น ถ้าเราต้องการประโยชน์จากชีวิต เราจะต้องฝึกมองตามความเป็นจริงและปฏิบัติต่อมันอย่างถูกต้องตามเป็นจริงหรือตามที่มันเป็น คนไข้ต้องฝึกมองตั้งแต่ชีวิตเป็นปกติสุขดี หมอและพยาบาลต้องช่วยให้คนไข้ได้รื้อฟื้นความทรงจำหรือประสบการณ์มองและปฏิบัติต่อชีวิตนั้น คนไข้มีบทบาทในการรักษาตนเองและช่วยให้หมอพยาบาล สรุปว่าคนไข้ต้องให้ความร่วมมือแก่หมอ พยาบาลและคนใกล้ชิดตั้งแต่ต้น ส่วนผู้ดูแล

---

[๒]ดูรายละเอียดใน พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๑), หน้า ๘๑-๘๒.

คือหมอ พยาบาลและญาติผู้ใกล้ชิดจะต้องเข้าใจและปฏิบัติอย่างถูกต้องดีงาม มีความเอื้อเฟื้อ อารี มีเมตตา ไมตรีที่จะช่วยเสริมสุขภาพทางจิตใจของคนไข้ด้วย”

๒) การอภิปรายผลการวิจัยด้านแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

จากผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยวิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะต่างๆ โดยการมุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย เช่น การรักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วยด้วยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร หมั่นเดินออกกำลังกาย และหมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ รวมทั้งได้นำเสนอแนวทางในการประพฤติตนของผู้ป่วย เพราะถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ เช่น การคบเพื่อน การเสพอบายมุข ถ้าไม่หมั่นประพฤติธรรมโรคต่าง ๆ ก็จะสามารถกำเริบได้ ดังนั้น หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนที่มุ่งประโยชน์โดยตรงสำหรับพุทธศาสนิกชน สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น หลักอริยสัจ ๔[๓] อธิษฐานธรรม ๔[๔] โภชเนมัตตัญญุตา[๕] อิทธิบาท ๔[๖] โยนิโสมนสิการ[๗] และอปัณณกปฏิปทา[๘] เป็นต้น ดังนั้น แนวทางการรักษาผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา จึงเป็นวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดการสะท้อนความคิด และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารณี จามจุรี[๙] เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง” และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ)[๑๐] เรื่อง “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก” ที่ว่า “โรคเรื้อรังนี้สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการฝึกจิตภาวนา”

---

[๓]วิ.ม. (ไทย) ๔/๒๖/๓๓, ม.ม. (ไทย) ๑๓/๓๙๕/๔๘๘.

[๔]ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๓๔๗/๔๐๔.

[๕]ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๑๘๒/๑๑๒.

[๖]ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๘๗/๒๑๘, ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๖/๒๗๗.

[๗]พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๕, (กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๒), หน้า ๖๖๙.

[๘]ดูรายละเอียดในสํ.สหา (ไทย) ๑๘/๒๓๙/๒๓๙-๒๔๑, องฺ.ทุก. (ไทย) ๒๐/๑๖/๑๕๙-๑๖๑.

[๙]ดารณี จามจุรี, “การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง”, **วิทยานิพนธ์นิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๕).

[๑๐]พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ), “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

๓) การอภิปรายผลการวิจัยด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

ประเด็นแรก จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEEED” ประกอบด้วย C (Chanting) การสวดมนต์ M (Meditation) การปฏิบัติ สมาธิ D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรม E (Eating) การรับประทานอาหาร E (Exercise) การออกกำลังกาย E (Emotional control) การควบคุมอารมณ์และ D (Daily life activity around the clock) การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน ซึ่งรูปแบบการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการบูรณาการเชิงพุทธร่วมกับวิธีการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลตนเองโดยไม่พึงพาการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันจนเป็นเหตุให้เกิดการสิ้นเปลืองการใช้จ่ายในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่เหมาะสม ประชาชนได้รับโอกาสในการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับนิวัฒน์ ศิตลักษณ์ และคณะ ที่นำเสนอไว้ว่า “การบูรณาการเป็นการผสมผสานหลายวิธี สามารถช่วยเหลือชาวบ้านให้รู้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีสาระและคุ้มค่าอย่างมีคุณภาพ”[๑๑] และสอดคล้องกับมนู วาทิสุนทรและคณะ[๑๒] ที่นำเสนอไว้ว่า “ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหา จะสารถผลักดันให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้ กรร่วมมือจากสหวิชาชีพการดูแลรักษา เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างมีคุณภาพ” ซึ่งในการนำกระบวนทางพระพุทธศาสนามาบูรณาการร่วมกับการรักษาในวิทยาการสมัยใหม่จะเป็นทางเลือกให้กับประชาชน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างความสุขสอดคล้องกับ จุฑามาศ วารีแสงทิพย์[๑๓] และเบญญาภา กุลศิริไชย[๑๔] ที่ได้สรุปไว้ว่า “การบูรณาการร่วมกันระหว่างพระพุทธศาสนากับวิทยาการสมัยใหม่ สามารถเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการบำบัดแบบองค์รวมร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้เป็นอย่างดี” นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังที่

---

[๑๑] นิวัฒน์ ศิตลักษณ์ และคณะ, **การแพทย์บูรณาการ ฉบับหมอมวลชน**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (นนทบุรี: หมอมวลชน, ๒๕๕๔), หน้า ๑๖.

[๑๒] มนู วาทิสุนทร และคณะ, “การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ”, **รายงานผลการวิจัย**, (กรมอนามัย: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑).

[๑๓] จุฑามาศ วารีแสงทิพย์, “การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

[๑๔] เบญญาภา กุลศิริไชย, “การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติด้วยการรับบทสวดโพชฌงคปริตรเข้าจิตใต้สำนึก”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕).

แพทย์หญิงฉัตรชนก รุ่งรัตน์มณีมาศ[๑๕] นำเสนอไว้ว่า “การออกกำลังกายจะช่วยลดความดันโลหิตลง แต่จะต้องเพิ่มความระมัดระวังและปรับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยของแต่ละคน” ซึ่งในการออกกำลังกายจำเป็นต้องมีหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับการกำเริบของโรค รวมทั้งแนวทางปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร ดังที่กรมควบคุมโรคนำเสนอไว้ว่า “ปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรังประการหนึ่ง คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน รับประทานผักและผลไม้น้อย”[๑๖] จึงควรมีวางแผนนการบริโภคที่เหมาะสมกับตนเอง หลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพสอดคล้องกับการนำเสนอเรียวพลอย กาศพร้อม และชนิดา ปโชติการ เสนอไว้ว่า “ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงได้แก่อาหารที่มีเกลือมาก เช่น ซอส น้ำปลา กะปิ เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง อาหารพวกผงชูรส หรือผงปรุงรสต่างๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด ขนมกรุบกรอบที่มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก อาหารแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม เป็นต้น[๑๗] ส่วนอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารหลัก ๕ หมู่ ที่หลากหลาย รวมทั้งเน้นกินผักและผลไม้ที่ไม่หวานมาก

ประเด็นที่สอง จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ แสดงให้เห็นว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีระดับความซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบของการจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวมให้กับผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิต ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และสังคม เรียกว่า สุขภาพองค์รวม คือ ต้องดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่ดูแต่ส่วนที่เป็นโรคเท่านั้น แต่มุ่งเน้นการดูแลให้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ รวมทั้งได้รับการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนในด้านบวก โดยค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิวิตเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับความซึมลดลงแม้จะไม่ได้เข้าโปรแกรมการส่งเสริม

---

[๑๕]ฉัตรชนก รุ่งรัตน์มณีมาศ, “การออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, ใน **คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), หน้า ๑๒๒.

[๑๖]กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนา, ๒๕๕๖), หน้า ๑๙.

[๑๗]เรียวพลอย กาศพร้อม และชนิดา ปโชติการ, “การให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านอาหารกับโรคความดันโลหิตสูง” ใน **คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**, ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๕), หน้า ๑๐๓.

สุขภาพด้วยธรรมปฏิบัติ ทั้งนี้อาจจะเกิดผลจากการที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลที่ให้ความรู้ด้านการควบคุมโรค การดูแลตนเองที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรือ เกิดจากอาการของโรคดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของกาญจนา นิ่มตรง และคณะ[๑๘] ที่พบว่า “การส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง การสนับสนุนและให้ความรู้ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการที่นำมาทดลองใช้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้รูปแบบที่เหมาะสม สามารถกำหนดเป็นนโยบายนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อบูรณาการแก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบันและในอนาคตต่อไป

๔) การอภิปรายด้านคุณค่าและข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีคุณค่าและข้อจำกัด เช่นเดียวกับการวิจัยทั่วไป ในด้านคุณค่าของการวิจัย ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research)[๑๙] โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณเพื่อขยายผลจากวิธีการเชิงคุณภาพ แบบแผนการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยเชิงทดลองทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากการกระบวนการในการทดลองได้ผ่านการศึกษาและสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการด้วยการผสมผสานวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับวิธีการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา จึงเกิดการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติของการดูแลรักษาสุขภาพประกอบด้วย ๑) มิติทางด้านร่างกาย ๒) มิติทางด้านจิตใจและอารมณ์ ๓) มิติทางด้านสังคม และ ๔) และมิติทางด้านจิตวิญญาณ[๒๐] เรียกว่า สุขภาพองค์รวม กล่าวคือ ต้องดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่ดูแต่ส่วนที่เป็นโรคเท่านั้น โดยที่การสุขภาพทางกาย หมายถึง ความสบายทางกาย ไม่มีโรคทางกาย การมีสุขภาพทางจิต หมายถึง ความสบายใจ ไม่มีโรคทางจิต เช่น ความเครียดมาก ความกระวนกระวายใจ ความซึมเศร้า โรคจิตประเภทและขนาดความรุนแรงต่างๆ การมีสุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมทั่วไปอย่างเป็นปกติสุข และการมีสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณหรือด้านปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่วรู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมี

---

[๑๘]กาญจนา นิ่มตรง นงนุช โอบะ และ อาทตย์ เหล่าเรืองธนา, “ผลของโปรแกรให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดส่วนหลังส่วนล่างเรื้อรัง” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๙๙-๑๐๙.

[๑๙]นงลักษณ์ วิรัชชัย, **วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ,** (กรุงเทพมหานคร: ไอคอนพริ้นติ้ง, ๒๕๕๒), หน้า ๕๗.

[๒๐]Robinson James, et al., **Essentials of Health and Wellness**, (New York: Thomson/ Delmar Learning, 2005), p. 6.

จิตใจอันดีงาม และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่[๒๑] ซึ่งทั้ง ๔ มิติ ของสุขภาพดังกล่าวนี้ จะต้องมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความสมดุลพอดีกัน

ความละเอียดอ่อนของกรอบแนวความคิดในการวิจัยที่ได้มาจากวิธีการเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ ยังมีผลทำให้มีข้อจำกัดในการวิจัยโดยที่ในการวิจัยเชิงทดลองโดยส่วนใหญ่จะมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างชัดเจน และสำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ จึงเป็นประเด็นให้ปรากฏว่าในงานนี้อาจขาดความเหมาะสมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงเป็นข้อจำกัดในการวิจัย และข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของคะแนนเพิ่มขึ้นทางสถิติอาจไม่แตกต่างกันในการใช้ชีวิตจริง หรืออาจเกิดจากปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ได้เช่น การดูแลจากคนในครอบครัว และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

๗.๓ ข้อเสนอแนะ

๗.๓.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

๑) จากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นควรขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEEED” ในการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆ

๒) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยควรพิจารณานำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการนี้ไปปรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมมีความครอบคลุมในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และสังคม

๓) ในระดับครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ศึกษาและนำกระบวนการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ “CMDEEED” ไปปรับใช้เพื่อการดูแลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

๗.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรวิจัยต่อเรื่อง “การปฏิบัติตนตามหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ” เพราะว่าการวิจัยครั้งนี้ได้มีการติดตามผลการศึกษาเพียงระยะแรกหลังจากเสร็จสิ้นโครงการโดยการให้ผู้เข้าร่วมโครงการเขียนจดหมายสะท้อนคิดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้เข้าร่วมและความรู้สึกต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการออกแบบการศึกษาระยะยาวที่มีการติดตาม

---

[๒๑]ราชกิจจานุเบกษา, **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**, เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐, หน้า ๑.

ผลการนำกระบวนการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการไปปฏิบัติที่บ้าน และได้ผลเป็นอย่างไร

๒) ควรวิจัยต่อเรื่อง “คุณภาพชีวิตของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และ ญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” เพื่อนำเสนอหลักการ ประสบการณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

๓) ควรวิจัยต่อเรื่อง “การเปรียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย” โดยศึกษาครอบคลุมทั้งประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเฉพาะจังหวัดกาญจนบุรีเท่านั้น ควรขยายผลไปสู่การศึกษาไปยังภูมิภาคอื่นที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

ก. ข้อมูลปฐมภูมิ :

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย** ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

__________. **อรรถกถาภาษาไทย** ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

มหามกุฏราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกพร้อมอรรถกถา แปล ชุด ๙๑ เล่ม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๒๕.

ข. ข้อมูลทุติยภูมิ :

(๑) หนังสือ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ๒๕๔๙.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

__________. **รายงานถอดบทเรียนชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ปี ๒๕๕๓**. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓.

__________. **Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ”**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนา, ๒๕๕๖.

กรรณิกา ปัญญาวงค์ และพนัส พฤกษ์สุนันท์. **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**. สมุทรสงคราม: สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน, ๒๕๕๕.

กองบรรณาธิการใกล้หมอ. **รู้ทันเบาหวาน ๑**. กรุงเทพมหานคร: ใกล้หมอ, ๒๕๔๙.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือสุขภาพสำหรับประชาชน ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๕๕.

__________. **แนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โอวิทย์, ๒๕๕๒.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๐.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. **ขับเคลื่อนวาระสุขภาวะไทย : ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ, ๒๕๔๘.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ บรรณาธิการ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๒.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. วิไลวรรณ ทองเจริญ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๔.

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๑**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๒. สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒.

__________. **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๔**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒.

คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม ๓**. พิมพ์ครั้งที่ ๗. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก, ๒๕๕๐.

จันทร์จารี เกตุมาโร. **อาชีวอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๖.

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. **แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๒.

จารุวรรณ มานะสุรการ. **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๔๔.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ คณะ. **ระบบวิจัยสุขภาพ : สมองระบบของสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๗.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. **สุขภาพคนไทย ๒๕๕๓ : วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาลัยมหิดล, ๒๕๕๓.

ดารณี จามจุรี. **รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๔๖.

ทัศนีย์ ทองประทีป. **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร: จูนพับลิชชิ่ง, ๒๕๔๘.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. **วิจัยและสถิติ: คำถามชวนตอบ.** กรุงเทพมหานคร: ไอคอนพริ้นติ้ง, ๒๕๕๒.

นิวัฒน์ ศิตลักษณ์ และคณะ. **การแพทย์บูรณาการ ฉบับหมอมวลชน**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: หมอมวลชน, ๒๕๕๔.

บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ ๘. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, ๒๕๕๓.

เบญจลักษณ์ มณีทอน. **จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ ๑.** เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๑.

ป. หลงสมบุญ, พันตรี. **พจนานุกรม มคธ-ไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, ๒๕๔๖.

ปรรัตน์ ศุภมิตรโยธิน. **อาหารและโภชนาการ**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖.

ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๐.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๗.

พระคันธสาราภิวงศ์. **อภิธัมมัตถสังคหะและปรมัตถทีปนี**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ตาลกุด, ๒๕๔๖.

พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช). **พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ คำวัด**. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๕๓.

พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). **โลกทัศน์ชาวพุทธ.** กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘.

พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ). **โอวาทคำสอนสำหรับพระภิกษุผู้บวชใหม่**. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรม, ๒๕๔๙.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). **จะพัฒนาคนกันได้อย่างไร.** พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙.

พระเทพวิสุทธิกวี (พิจิตร ฐิตวณฺโณ). **บทอบรมกรรมฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร : มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๐.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). **กรรมของคนไทย ทำกันไว้เอง.** พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร: จ.เจริญอินเตอร์พริ้น, ๒๕๕๓.

__________. **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๑.

__________. **ธรรมนูญชีวิต : พุทธจริยธรรมเพื่อชีวิตที่ดีงาม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๙๔. กรุงเทพมหานคร : แปลนพริ้นท์ติ้ง, ๒๕๕๕.

__________. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม.** พิมพ์ครั้งที่ ๑๖. กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑.

__________. **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์.** พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร : เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์, ๒๕๕๑.

__________. **พุทธธรรมฉบับขยายความ**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๕. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก, ๒๕๕๒.

__________. **โพชฌงค์ : พุทธวิธีเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๕๒.

__________. **สมาธิฐานสู่สุขภาพจิตและปัญญาหยั่งรู้**. พิมพ์ครั้งที่ ๘. กรุงเทพมหานคร : ศยาม, ๒๕๕๑.

__________. **สร้างวาสนา-เพิ่มค่าให้อายุ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย, ๒๕๔๙.

__________. **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระพุทธโฆสเถระ. **คัมภีร์วิสุทธิมรรค**. สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส, ๒๕๔๘.

พระมหาโมคคัลลานะ. **คัมภีร์อภิธานวรรณนา**. พระมหาสมปอง มุทิโต แปลและเรียบเรียง. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ประยูรวงศ์พริ้นติ้ง, ๒๕๔๗.

พระมหาสมพงษ์ สนฺตจิตฺโตและอุทัย สุดสุข. **การป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงวิถีพุทธ**. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔.

__________. **การป้องกันและรักษาโรคเบาหวานวิถีพุทธ**. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔.

__________. **การป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด วิถีพุทธ.** กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔.

__________. **สมาธิสร้างสุขภาพและบำบัดโรคเรื้อรังวิถีพุทธ**. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์, ๒๕๕๔.

พระมหาสุทิตย์ อาภากโร. **เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ**. ปาริชาติ วลัยเสถียร บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘.

พระมหาสุทิตย์ อาภากโร และ เขมณัฏฐ์ อินทรสุวรรณ. **ตัวชี้วัดความสุข : กลยุทธ์การสร้างและการใช้เพื่อชุมชนเป็นสุข**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๕๓.

พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส. **การบูรณาการพุทธิปัญญาเพื่อพัฒนาชีวิตและสังคม**. กรุงเทพมหานคร: ไทยรายวันการพิมพ์, ๒๕๕๓.

________. **พระพุทธศาสนากับวิทยาการสมัยใหม่**. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗.

พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ ๒ (แก้ไขปรับปรุง). มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๓.

พัชรินทร์ สิรสุนทร. **แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค และการประยุกต์เพื่อการพัฒนาสังคม**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. **ทฤษฎี ปรัชญา ความรู้สู่การปฏิบัติในงานพยาบาลอนามัยชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕.

พิสมัย จันทวิมล. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์, ๒๕๔๑.

พุทธทาสภิกขุ. **ธรรมะน้ำ ธรรมะโคลน**. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๓๒.

ภานุวัฒน์ ปานเกตุ และคณะ. **แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, มปพ.

มัยธัช สามเสน และคณะ. **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์.** ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา, ๒๕๕๕.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, ๒๕๔๘.

ระชา ภุชชงค์ และคณะ. **แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖.

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๔๒.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุคส์พับลิเคชั่น, ๒๕๔๖.

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และอื่นๆ. **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์**. สวิง ปันจัยสีห์ นครชัย เผื่อนปฐม และ กุลพัฒน์ วีรสาร บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖.

ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. **เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, ๒๕๔๓.

ล้อเกวียน (นามแฝง). **เวลาชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพมหานคร: ฟ้าอภัย, ๒๕๕๓.

วรรณี นิธิยานันท์ และคณะ. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗**. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๕๗.

วลัย อินทรัมพรรย์. “ประวัติของโรคเบาหวาน”. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค หน่วยที่ ๘-๑๕**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๕๒.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ ๒๑**. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ บรรณาธิการ. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล, ๒๕๕๔.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.** เนติมา คูนีย์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อาร์ต ควอลิไฟท์, ๒๕๕๗

__________. **คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง**. ใยวรรณ ธนะมัย และคณะ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕.

__________. **แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** เนติมา คูนีย์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๕.

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. **คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ : การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และคณะ บรรณาธิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๒.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด**. นนทบุรี: ซีจี ทูล, ๒๕๕๑.

สภาการพยาบาล. **บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. ศิริอร สินธุ และสุพัตรา บัวที บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์, ๒๕๕๓.

สมจิต หนุเจริญกุล. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พริ้นติ้ง, ๒๕๓๗.

สมภาร พรมทา. **พุทธปรัชญา : มนุษย์ สังคม และ ปัญหาจริยธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ศยาม, ๒๕๔๘.

_________. **มนุษย์กับการแสวงหาความจริงและความหมายของชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: ศยาม, ๒๕๔๕.

สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร และคณะ. **สุขภาพดี หมอจุฬาฯ**. โมนา อัศวิษณุ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ ๙. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พิบลิชชิ่ง, ๒๕๕๓.

สมพร บุษราทิจ และคณะ. **จิตเวชทันยุค ๒๕๕๑**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๕๐.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๕**. กรุงเทพมหานคร: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง, ๒๕๕๕.

สวิง ปันจัยสีห์ และคณะ. **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๖.

สายฝน เอกวรางกูร. **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า**. กรุงเทพมหานคร: สเอเชียเพรส, ๒๕๕๓.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. **การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ**. สายศิริ ด่านวัฒนะ บรรณาธิการ. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล, ๒๕๕๒.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๑ การบริหารงบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๓.

__________. **คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๔ การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๓.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๔๔.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๓.

__________. **รายงานประจำปี ๒๕๕๖**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๖

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, ๒๕๓๗.

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ. **พจนานุกรมศัพท์แพทย์**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

สุทธิวัสส์ คาภา (บรรยาย). จิระวิทย์ ศุภนันนทกานต์ (เขียนและเรียบเรียง). **กินอย่างไรถึงจะมีสุขภาพดี**. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: ธนธัชการพิมพ์, ๒๕๔๙.

สุนทร ตัณฑนันทน์. **ตำราโรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง**. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๓.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๒ : ๓๕๐ โรคกับการดูแลรักษาและป้องกัน.** พิมพ์ครั้งที่ ๔ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๑.

สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ. **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๗.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. **จิตวิทยาสุขภาพ.** นครปฐม : มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

แสง จันทร์งาม. **พุทธศาสนวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: สร้างสรรค์บุ๊คส์, ๒๕๔๔.

องค์การอนามัยโลก. **รายงานอนามัยโลก ประจำปี ๒๕๕๓ การคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ บรรณาธิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖.

อดุลย์ บัณฑุกุล. **ชนะโรคอ้วนและก๊วนโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพมหานคร: มติชน, ๒๕๕๓.

อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล**. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๔.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙.

อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ). **การดูแลสุขภาพ...ที่บ้าน ตามเจตนารมณ์ นายแพทย์สุหัท ฟุ้งเกียรติ**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์, ๒๕๔๙.

อัจฉรา ดลวิทยาคุณ. **พื้นฐานโภชนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๖.

อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. **คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๓.

อุทัย สุดสุข และคณะ. **แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดี วิถีพุทธ**. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท, ๒๕๕๔.

อุทัย สุดสุข. **สาธารณสุขในพระไตรปิฎก : บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวีมีสุข**. นนทบุรี: เทพประทานการพิมพ์, ๒๕๕๒.

(๒) วิทยานิพนธ์/รายงานการวิจัย

จุฑามาศ วารีแสงทิพย์. "การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ". **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

ดารณี จามจุรี. "การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง". **วิทยานิพนธ์นิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๕.

ทวี ตั้งเสรีและคณะ. "การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย". **รายงานผลการวิจัย**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑.

ทินกร วงศ์ปการันย์และคณะ. "โครงการวิจัย ผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล : การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า". **รายงานผลการวิจัย.** คณะแพทยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๕๕.

เนตรฤทัย ภูนากลม. "การศึกษาความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง". **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๐.

นิภาภรณ์ นามลาย และคณะ. "ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา". **รายงานผลการวิจัย.** คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, ๒๕๕๕.

เบญญาภา กุลศิริไชย. "การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติด้วยการรับบทสวดโพชฌงคปริตรเข้าจิตใต้สำนึก". **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ). "การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก". **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

มนู วาทิสุนทร และคณะ. "การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ". **รายงานผลการวิจัย**. กรมอนามัย: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑.

ยงชัย นิละนนท์ และคณะ. "การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทยโดยการศึกษาแบบสหสถาบัน". **รายงานผลการวิจัย**. สมาคมหลอดเลือดสมองไทย: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๕๒.

ราม รังสินธุ์ และคณะ. “การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๓”. **รายงานผลการวิจัย**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔.

เรณู พุกบุญมี. “การรับรู้การพัฒนาเข้าสู่บทบาททางสังคมในวัยผู้ใหญ่ของวัยรุ่นป่วยเรื้อรัง”. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑.

วิรุฬ ลิ้มสวาท. “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ : กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา”. **รายงานผลการวิจัย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ และคณะ. “โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”. **รายงานผลการวิจัย**. ศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

สรรเสริญ ไข่ลือนาม. “การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร”. **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.** บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๑.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. “การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย”. **รายงานผลการวิจัย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓.

สุวภรณ์ แนวจำปา. “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

(๓) บทความ

กาญจนา นิ่มตรง นงนุช โอบะ และ อาทตย์ เหล่าเรืองธนา. “ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดส่วนหลังส่วนล่างเรื้อรัง” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๙๙-๑๐๙.

จักราวุธ เผือกคง. “ตรวจประสิทธิผลด้านภาวะสุขภาพจิตและด้านคุณภาพชีวิตของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท”. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๖-๒๘๓.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. “บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย”. **วารสารสภาการพยาบาล**. ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๕) : ๑๓-๒๔.

จีราพร ทองดีและคณะ. “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๘๘-๙๙.

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ. “การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง”. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๔) : ๖๒-๗๕.

ชาติชาย มุกสง. “สุขภาพ โรค การเจ็บป่วย : มุมมองทางมานุษยวิทยาการแพทย์”. **วารสารหมออนามัย**. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๔ (ม.ค.-ก.พ. ๒๕๔๙) : ๕๘-๖๑.

ดุสิดา ตู้ประกาย และคณะ. “การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน”. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๓ (ก.ค.-ต.ค. ๒๕๕๒) : ๗-๑๕.

เดชา คนธภักดี. “ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง”. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๓๕-๓๙.

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และ สายพิน สุริยวงค์. “มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน”. **วารสารสภาการพยาบาล**. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๙๖-๑๐๗.

ทัศนีย์ อรรถารส และ จุไร อภัยจิรรัตน์. “รูปแบบการดูแลต่อเนื่องของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง”. **วารสารสภาการพยาบาล**. ปีที่ ๒๖ ฉบับพิเศษ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๔) : ๑๑๒-๑๒๔.

เทวัญ ธานีรัตน์. “**การแพทย์ทางเลือกคืออะไร**”. **วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก**. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (ก.ย. - ธ.ค. ๕๑) : ๖-๘.

ธนิต จิรนันท์ธวัช. “Quality of life for quality dialysis”. ใน **Quality dialysis in the year 2010**. ธนิต จิรนันท์ธวัช และคณะบรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนเจอร์นัลพับลิเคชั่น, ๒๕๕๓.

ธรรมนาถ เจริญบุญ. “แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้”. **ธรรมศาสตร์เวชสาร**. ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๖๖๗-๖๗๖.

นพดล ชำนาญผล. “การจัดการยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจและต้องได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรมและการผ่าตัด”. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๔) : ๗๗-๘๗.

นิตยา จรัสแสง และคณะ. “ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. ปีที่ ๕๗ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๔๓๙-๔๔๖.

ประชาธิป กะทา. “มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยเรื่อรัง”. ใน **วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา**. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๑.

ประภา พิทักษา และ ปัณสุข สาลิตุล. “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักธรรมานามัย”. **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**. ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๕) : ๔๓-๕๑.

ปรียาลักษณ์ โคหนองบัว และคณะ. “ผลของความหนักในการออกกำลังกาย”. **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ.** ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ (ตุลาคม ๒๕๕๒–มกราคม ๒๕๕๓) : ๒๒๕-๒๓๓.

ปาริฉัตร พงษ์หาร และคณะ. “ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข”, **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๕๔-๖๔.

พรทิพย์ สารีโส. “ภาวะซีดในผู้สูงอายุ ปัญหาใหญ่ที่ถูกมองข้าม”. **วารสารสภาการพยาบาล**. ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๕) : ๕-๑๕.

พรภิมล เพ็ชรกุล และคณะ. “การเปรียบเทียบผลของละครจิตบำบัดและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า”. **วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๗ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) : ๗๑-๘๐.

พระศรีคัมภีรญาณ (สมจินต์ สมฺมาปญฺโญ). “สำรวจสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศวิทยาในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”. ใน **พุทธธรรมกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ.** พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ๒๑ เซ็นจูรี่, ๒๕๕๔.

พวงผกา กรีทอง. “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง”. **วารสารโรคหัวใจและทรวงอก**, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๖) : ๒๐-๒๑.

พิรุณี สัพโส. “ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพังโคน”. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**. ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๔ (กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๒๗๒-๒๗๙.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. “แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง”. **วารสารแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย**. ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (๒๕๔๒): ๑๗-๑๙.

รัชนี สรรเสริญและคณะ, “สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี”. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๔) : ๒-๑๖.

วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม. "การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่". **วารสารไทยเภสัชสาร**. ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๑-๒ (มกราคม- มิถุนายน ๒๕๔๘) : ๖๙-๘๘.

วันทนีย์ เกรียงสินยศ. "กินอย่างไร เมื่อเป็นโรคเบาหวาน". **หมอชาวบ้าน**. ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๑๖ (สิงหาคม ๒๕๔๘) : ๔๘-๕๐.

_________. "หยุดหวาน-มัน-เค็ม หยุดยั้งโรคเรื้อรัง". **หมอชาวบ้าน**. ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๓๙๓ (มกราคม ๒๕๕๕) : ๑๐-๑๘.

วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. "รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒". วารสาร**สงขลานครินทร์เวชสาร**. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (ม.ค.-ก.พ. ๒๕๕๑) : ๗๒-๘๔.

วิรัตน์ ทองรอด. "ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยา". **หมอชาวบ้าน**. ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๓๔๒ (ตุลาคม ๒๕๕๐) : ๑๐.

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. "ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง". **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (ม.ค.-มี.ค. ๒๕๕๑) : ๘๒-๙๐.

__________. "ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย". **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔๘-๕๖.

วิโรจน์ แซมรัมย์. "การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ". **วารสารพัฒนาสังคม**. ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๒ (ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๑๑๒-๑๓๐.

วีณา เที่ยงธรรม และคณะ. "การวิเคราะห์งานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข". **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม–สิงหาคม ๒๕๕๕) : ๓-๑๑.

วิภาวรรณ ชอุ่ม เพ็ญสุขสันต์. "การจัดการกับความเครียด". ใน **การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบา**ล. สมจิต หนุเจริญกุลและคณะบรรณาธิการ. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ๒๕๔๓.

สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ดีปัญญา. "คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด". **วารสารเกื้อการุณย์**. ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๖) : ๕-๑๒.

สิริรัตน์ ลีลาจรัส. "ความดันโลหิตสูง : แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การรักษาและการดูแลตนเอง". **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๐) : ๗๙-๙๐.

สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช. "โรคหลอดเลือดสมอง : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย". **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๐) : ๘๐-๙๓.

สุพัตรา บัวที. "การสร้างพลังอำนาจกับการจัดการโรคเรื้อรังในเขตชนบท". **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔) : ๘๕-๙๒.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. “ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง”. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ (พ.ย.-ก.พ. ๒๕๕๒) : ๔-๖.

สุภกร บัวสาย. “ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”. ใน **ออกกำลังกายเป็นยาวิเศษ**. เอื้ออารี หมื่นอินกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๘.

สุนีรัตน์ จันทร์ศรี และคณะ. “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิ์ของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย”. **วารสารสภาการพยาบาล**. ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔ (ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๒) : ๑๙-๒๘.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. “เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด ๑๐๐ ตัวชี้วัด และ ๒๖ ตัวชี้วัด”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ (มิถุนายน - กันยายน ๒๕๔๑) : ๔-๑๕.

เสกสรร หีบแก้ว และวงศา เลาหศิริวงศ์. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ (มีนาคม-มิถุนายน ๒๕๕๕) : ๒๒-๔๖.

โสรนี โหราสุทธิ์ และคณะ. “Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI)”. **วารสารสวนปรุง**, ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๔๐) : ๒๒-๒๘.

อมรรัตน์ สมมิตร และคณะ. “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว”, **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.** ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๔) : ๕๕-๖๖.

อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. ๒๕๕๔. **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**. ปีที่ ๔๔ ฉบับที่ ๑๐ (๑๕ มีนาคม ๒๕๕๖) : ๑๔๕-๑๕๒.

อมรา ทองหงส์ กมลชนก เทพสิทธา ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และ ธนวันต์ กาบภิรมย์. “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๓”. **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**. ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๑๗ (๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕) : ๒๕๗-๒๖๔.

อรอนงค์ วจีขจรเลิศ และคณะ. “ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสนับสนุนระบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรังและการมีส่วนร่วมที่หน่วยบริการปฐมภูมิของเภสัชกรโรงพยาบาล”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๔ (ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๕๕) : ๔๔๖-๔๕๔.

อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๒) : ๓-๑๑.

อาทิตยา วังวนสินธุ์. “ความเห็นพ้องของนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทย ด้วยการใช้เทคนิคนอมินัลกรุ๊ป”. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๕๗) : ๓๖-๕๐.

(๔) เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์เผยแผ่

คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. “รายงานหลังการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเรื่องพยาบาลเวชปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน”. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๕.

ประคอง อินทรสมบัติ. “การเจ็บป่วยเรื้อรังกับความต้องการการดูแล”. ใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕.

มธุรส ศิริสถิตกุล. “คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในมิติสังคมและวัฒนธรรม”, เอกสารประกอบการเสวนาในหัวข้อแนวคิดทฤษฎีการวิจัยทางสังคมศาสตร์การแพทย์สำหรับนักวิจัยด้านสุขภาพ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๕๐ ณ ห้องประชุมสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

อรพิชญา ไกรฤทธิ์. “การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”. ใน สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕.

(๕) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **การดูแลพิเศษผู้ป่วยเรื้อรัง และการจัดการ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/hhc/statics/hhc7/hhc706.php [๒๐ มกราคม ๒๕๕๗].

นพมาศ สุนทรเจริญนนท์. **ผักผลไม้..ที่ควรระวังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/knowledgeinfo.php?id=141 [๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗].

บุษบา จินดาวิจักษณ์. **ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง...ใช้อย่างไร**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/ [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

________. **ยารักษาโรคเบาหวาน-ใช้อย่างไร**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www. pharmacy. mahidol.ac.th/th/knowledge/article/27/ [๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๗].

ปัทมา โกมุทบุตร. **Review CCM : วิวัฒนาการของ Chronic care model**. [ออนไลน์] : แหล่งที่มา : http://www.gotoknow.org/posts/365680 [๑๖ กันยายน ๒๕๕๖].

พวงทอง ไกรพิบูลย์. **โรคหัวใจ: โรคหลอดเลือดหัวใจ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://haamor.com/th/#article102 [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗].

ศรีประภา ชัยสินธพ. **ปฏิกิริยาทางจิตสังคมอันเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.ramamental.com/medicalstudent/ generalpsyc/ psychosocial-aspect-of-physical-illnesses/ [๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

สุนันทา สุขสุมิตร. **ป่วยโรคเรื้อรังเสี่ยงซึมเศร้าสูง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www4. thaihealth.or.th/healthcontent/news/17372 [๑๖ กันยายน ๒๕๕๗].

สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์. **คนไข้โรคเรื้อรัง การดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.doctor.or.th/article/detail/14722 [๒๐ มกราคม ๒๕๕๗].

อภัย ราษฎรวิจิตร. **เอสโตรเจน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://haamor. com/th/เอสโตรเจน [๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗].

SOQI. **การแพทย์ทางเลือก**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://www.chi-exercise.com/ index. php?lay=show&ac=article&Id=538604571 [๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗].

ข. ภาษาอังกฤษ

(I) Book

American Nurses Association. **Nursing's Social Policy Statement : The Essence of the Profession**. Maryland: Silver Spring, 2010.

Donna D. I. and Workman M. L.. **Medical-surgical nursing : patient-centered collaborative care**. 7th ed.. St. Louis: Saunders, 2013.

Kumar Parveen and Clark Michael. **Kumar & Clark's clinical medicine**. Edinburgh : Saunders, 2012.

Falvo Donna R.. **Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability**. 4th ed.. Massachusetts: Jones & Bartlett, 2010.

Goldman Lee and Schafer Andrew I.. **Goldman's Cecil medicine**. 24th ed.. Philadelphia : Saunders, 2012.

Harrison's principles of internal medicine. 18th ed.. Longo Dan L., et al. editors. New York: McGraw-Hill, 2012.

Helman Cecil G.. **Culture, Health and Illness**. 5th ed.. London: Hodder Arnold, 2007.

International Council of Nurses. **Improving Health through Nursing Research**. edited by Holzemer, William L.. Chichester : Wiley-Blackwell, 2010.

Insel M. Paul and Roth T. Walton. **Connect Core concepts in Health**. 9th ed.. New York: McGraw-Hill, 2002.

Institute for Healthcare Improvement. **The Breakthrough Series IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement**. Massachusetts: Cambridge University, 2003.

Linda L. Emanuel and S. Lawrence Librach. **Palliative Care : Core Skills and Clinical Competencies**, 2nd ed.. Missouri: Elsevier, 2011.

Meleis, A.I.. **Theoretical Nursing : Development and Progress**. 5th ed.. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

Miller, J. F.. **Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness**. 3rd ed.. Philadelphia: F.A. Davis, 2000.

Nasmith L., et al.. **Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Appendices**. Canada: Canadian Academy of Health Sciences, 2010.

Nightingale Florence. **Notes on nursing : what it is and what it is not**. New York : Dover, 1969.

Nursing Theorists and Their Work. 7th ed.. edited by Alligood, Martha Raile and Tome y, Ann Marriner. Missouri: Mosby Elsevier, 2010.

Orem, Dorothea E.. **Nursing : concepts of practice**. 6th ed.. St. Louis: Mosby, 2001.

Pender, N.L. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed.. Connecticut : Appleton & Lange, 1996.

Pender, Nola J., Murdaugh, Carolyn L., and Parsons, Mary A.. **Health Promotion In Nurse Practice**. 6th ed.. Boston: Pearson, 2011.

Robinson J. et al. **Essentials of Health and Wellness**. New York: Thomson/ Delmar Learning, 2005.

Russell F. Whaley. **Health**. New Jersey: Prentice-Hall, 1982.

Smith, Claudia M. And Maurer, Frances A.. **Community health nursing : theory and practice**. 2nd ed.. Philadelphia: Saunders, 2000.

Smeltzer, Suzanne C. et.al. **Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing**. 11th ed.. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Snoddon, Janet. **Case management of long-term conditions : principles and practice for nurses**. Massachusetts: Blackwell, 2010.

Stephen, R. Connor. **Hospice and Palliative Care : The Essential Guide**. 2nd ed.. New York: Taylor & Francis Group, 2009.

Swearingen, Pamela L.. **Manual of medical-surgical nursing care**. 5th ed.. Philadelphia: Mosby, 2003.

The Robert Wood Johnson Foundation. **To Improve Health and Health Care Volume X**. Edited by Isaacs S.L. and Knickman J.R.. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation, 2006.

Watson Max, et al.. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2nd ed.. New York: Oxford University Press, 2009.

Watson, Jean. **Nursing : The philosophy and science of caring**. Revised edition. Colorado: University Press of Colorado, 2008.

Watson Max, et al.. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2nd ed.. New York: Oxford University Press, 2009.

WHO. **Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases : report of the 2010 global survey**. Geneva: WHO, 2010.

__________. **Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action**. Geneva: WHO, 2007.

__________. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

__________. **Innovative care for chronic conditions : building blocks for action**. Geneva: WHO, 2002.

__________. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

__________. **Preventing chronic diseases : a vital investment**. Geneva: WHO, 2005.

__________. **The world health report : health systems financing : the path to universal coverage**. Geneva: WHO, 2010.

(II) Article

Amer A. Kaissi & Michael Parchman. "Assessing Chronic Illness Care for Diabetes in Primary Care Clinics". **Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations**. Vol. 32 No. 6 (June 2006) : 218-323.

Barr, Victoria J. et al. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. **Hospital Quarterly**. Vol. 7 No. 1 (2003) : 73-80.

Baumann Linda C. & Thanh Tran Ngoc Dang. "Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care". **The Nurse Practitioner**. Vol. 37 No. 3 (March 2012) : 32-38.

Berenson, Robert A., et al.. "A house is not a home: Keeping patients at the center of practice redesign". **Health Affairs**, Vol. 27 No. 5 (September-October 2008) : 1219-1230.

Berntsson Leeni, et.al. "Adolescent's experience of well-being when living with a long-term illness or disability". **Scandinavia Journal of Caring Science**. Vol. 21 No 4 (December 2007) : 419-425.

BTS BS.. "The Breakthrough Series : IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement". **Diabetes Spectrum**. Vol. 17 No. 2 (2004) : 97.

Coleman K., Austin B.T., Brach C. and Wagner E.H., "Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium". **Health Affairs**, Vol. 28 No.1 (January-February 2009) : 75-85.

Dennis Sarah M. et al.. "Chronic disease management in primary care: from evidence to policy". **Medical Journal of Australia**. Vol. 188 No. 8 (April 2008) : S53-S56.

Embrey Nikki. "A concept analysis of self-management in long-term conditions". **British Journal of Neuroscience Nursing**. Vol. 2 No. 10 (Dec 2006) : 507 – 513.

Farahani Pendar. "A Perspective on Principles of Comparative Cost-Effectiveness Studies for Pharmacotherapy of Chronic Diseases". **Clinical Diabetes**. Vol. 30 No. 2 (April 2012) : 54-60.

Fortney Luke & Taylor Molly. "Meditation in medical practice : a review of the evidence and practice". **Primary Care : Clinics in Office Practice**. Vol. 37 No. 1 (March 2010) : 81-90.

Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A. and Fitzpatrick R.. " Quality of life measurement : bibliographic study of patient assessed health outcome measures". **British Medical Journal**. Vol. 324 No. 15 (June 2002) : 1417-1421.

Glasgow, N.J. et al.. "Chronic disease self-management support : the way forward for Australia". **The Medical Journal of Australia**. Vol. 189 No. 10 (November 2008) : S14-S16.

Glasgow, Russell E., et al.. "Does the Chronic Care Model also Serve as a Template for Improving Prevention?". **The Milbank Quarterly**. Vol. 79 No. 4 (December 2001) : 579 -612.

Hobbs, J.L. "Defining Nursing Practice : The ANA Social Policy Statement, 1980–1983". **Advances in Nursing Science**. Vol. 32 No. 1 (January-March 2009) : 3-18.

Institute for Healthcare Improvement. "The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement". **Diabetes Spectrum.** Vol. 17 No. 2 (2004) : 97-101.

Kapella, Mary, Janet Larson, and Minu Patel. "Subjective Fatigue, Influencing Variables, and Consequences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease". **Nursing Research**. Vol. 55 No. 1 (January-February 2006) : 10-17.

Kilo, Charles M.. "A Framework for Collaborative Improvement : Lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series". **Quality Management in Health Care**. Vol. 8 No. 4 (1998) : 1-13.

Larsen, P.D.. "Chronicity". in **Chronic Illness : Impact And Interventions**. 8th ed.. edits by Lubkin, I.M. and Larsen, P. D.. Massachusetts: Jones and Bartlett, 2013.

Manote Lotrakul and Pramote Sukanich. "Development of the Thai Depression Inventory". **Journal of the Medical Association of Thailand**. Vol. 82 No. 12 (December 1999) : 1200-1207.

Mohler Philip J. & Mohler Nancy B.. Improving chronic illness care : lessons learned in a private practice. **Family Practice Management**. Vol. 12 No. 10 (November-December 2005) : 50-56.

Narayanasamy Aru and Narayanasamy Many. “The healing power of prayer and its implications for nursing”. **The British Journal of Nursing**. Vol. 17 No. 6 (March-April 2008) : 394-398.

Panyadeep Subhadr. “Buddhist Ethics and Trends in Education”, in **Buddhist & Ethics Symposium Volume**. Dion Peoples ed.. BKK: MCU Press, 2008.

Tsai, A.C. et al.. “A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses”. **American Journal of Managed Care**. Vol. 11 No. 8 (August 2005) : 478–488.

(III) Internet :

Improving chronic illness care. **The Chronic Care Model**. [Online]. source: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care Model&s=2 [21 November 2014].

The Center for Managing Chronic Disease. **What is chronic disease**. [Online]. source: http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html [18 July 2013].

WHO. **Chronic diseases**. [Online]. source:: http://www.who.int/topics/chronic_ diseases/en/ [26 June 2013].

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือราชการ

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย ว.01/2556

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายงานการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อข้อเสนอการวิจัย:	**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ**
รหัสข้อเสนอการวิจัย (ถ้ามี):	-
สถาบันที่สังกัด:	**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย**
ผู้วิจัยหลัก:	**พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)**

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. ข้อเสนอการวิจัย	ฉบับที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2555
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2555
3. แบบบันทึกข้อมูล	ฉบับที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2555
4. งบประมาณการวิจัย	ฉบับที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2555
5. ประวัติและผลงานผู้วิจัย	ฉบับที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2555

ลงนาม...
(พระศรีคัมภีรญาณ,รศ.ดร.)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
12 มีนาคม 2556

หมายเลขใบรับรอง:	ว. 01/2556
วันที่ให้การรับรอง:	12 มีนาคม 2556
วันหมดอายุใบรับรอง:	12 มีนาคม 2557

๒๖๗

ที่ สธ ๐๘๑๐.๑๐๑/วสป.๐๓

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

๒๘ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง ตอบรับบทความวิจัยลงตีพิมพ์วารสารสวนปรุง

นมัสการ พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย เรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมปฏิบัติในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี" ลงตีพิมพ์วารสารสวนปรุง นั้น

กองบรรณาธิการวารสารสวนปรุง ได้รับบทความวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และขอเรียนว่า บทความวิจัยของท่านได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารสวนปรุง ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๕๘ หลังตีพิมพ์วารสารสวนปรุง ท่านจะได้รับวารสารสวนปรุงฉบับดังกล่าว จำนวน ๑ เล่ม พร้อมทั้งค่าประพันธ์ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอนมัสการด้วยความเคารพ

(นายจักริน ปิงคลาศัย)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
บรรณาธิการวารสารสวนปรุง

กองบรรณาธิการ
โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๓๓๓
โทรสาร ๐ ๕๓๒๘ ๐๒๔๗
ผู้จัดการวารสาร: นางทัศนีย์ ศรีบุญเรือง
E-mail: tas.sri2505@gmail.com

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
เลขรับ ๑๙๐
วันที่ ๑ พ.ย. ๕๕ เวลา ๑๖.๓๕ น.
ผู้รับ

ที่ กจ ๐๐๒๗.๒ / ๔๑๙๕

โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ ๗๑๑๒๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตสืบค้นข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย ฯ ที่ ศธ ๖๑๐๑/๘๓๗ ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อมูลคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) ได้สืบค้นข้อมูลผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๔ และเข้าศึกษาข้อมูลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยด้วยพุทธธรรมของโรงพยาบาลมะการักษ์ นั้น

โรงพยาบาลมะการักษ์ พิจารณาแล้วอนุญาตให้นิสิต พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) สืบค้นข้อมูล ฯ และเข้าศึกษาข้อมูลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยด้วยพุทธธรรมของโรงพยาบาลมะการักษ์ ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

กลุ่มการพยาบาล
โทร. ๐ ๓๔๕๔ ๒๐๓๑ ต่อ ๔๓๘,๔๓๙
โทรสาร ๐ ๓๔๕๔ ๑๑๑๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
เลขรับ ๑๓๖๗
วันที่ ๑๐ ต.ค. ๕๕ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ผู้รับ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๙๒๙ โทรสาร ๐๒-๓๕๔๗๒๙๙

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๕/๑๓๑๓

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม ประเมินสภาวะอารมณ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ที่ ศธ ๖๑๐๑/๖๓๒ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๕

ตามหนังสืออ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย แจ้งความประสงค์ว่า พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) นิสิตปริญญาพุทศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ขอใช้แบบสอบถาม ๑. แบบประเมินสภาวะอารมณ์ Thai HADS ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะฯ ๒.แบบประเมินสภาวะอารมณ์ TDI ที่พัฒนาโดย ศาสตราจารย์มาโนช หล่อตระกูล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปราโมทย์ สุคนิชย์ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ" นั้น

ในการนี้ ภาควิชาฯ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามฯ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ฯ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
๑๐ ต.ค. ๕๕

(ศาสตราจารย์มาโนช หล่อตระกูล)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ที่ สธ ๐๘๑๐.๑๐๑/ ๓ ๗๖๑

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
๑๓๑ ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๐๐

24 กันยายน ๒๕๕๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
เลขรับ ๑๖๖
วันที่ ๒๘ ก.ย. ๕๕ เวลา ๑๕.๑๐ น.
ผู้รับ ...

เรื่อง การอนุญาตให้ใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตฯ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่ ศธ ๖๑๐๑/๖๓๑ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ขออนุญาตให้ พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) นิสิตปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตวิทยาลัย ใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ" นั้น

โรงพยาบาลสวนปรุง พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ พระสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) ใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยฯ ได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
๒๙ ก.พ. ๕๕

ฝ่ายบริหารทั่วไป
โทร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๔๕๓
โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๙๕
E-mail suanprung@suanprung.go.th

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงราชวิทยาลัย
วัดมหาธาตุฯ ท่าพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง
เขตพระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐
โทร./ โทรสาร ๐๒-๒๒๒-๐๖๘๐

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๖๓๑

๖ กันยายน ๒๕๕๕

กรมสุขภาพจิต
เลขรับ ๖๙๗๕
วันที่ ๑๐ กย. ๕๕
เวลา ๑๕.๐๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตฯ

เจริญพร อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค(ดำเนิน)** นิสิตปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ สังกัดวัดใหม่เจริญผล ตำบลท่าเรือ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** ซึ่งมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้ คือ ๑. พระสุธีธรรมานุวัตร,ผศ.ดร. ๒.พระมหาสุทิตย์ อาภากโร,ดร. ๓.ดร.นพ.อุทัย สุดสุข โดยในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ มีความจำเป็นต้องใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษไทย ที่พัฒนาโดย นพ.สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึง เจริญพรมาเพื่อขออนุญาตให้นิสิตใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษไทย ดังกล่าวนั้น เพื่อประโยชน์ทางการวิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขออนุโมทนาขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอเจริญพร

(พระสุธีธรรมานุวัตร,ผศ.ดร.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๑) เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และเห็นควรมอบโรงพยาบาลสวนปรุง จะเป็นพระคุณ

(นางอำไพ มหากาญจนกุล)
หัวหน้าฝ่ายช่วยอำนวยการ
ปฏิบัติราชการแทน เลขานุการกรม
๑๖ ก.ย. ๕๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐
http://gds.mcu.ac.th, E-mail: grads@mcu.ac.th
ผู้ประสานงาน : พระมหาธนวุฒิ โชติธมฺโม โทร. ๐๘๗-๐๘๒๕๓๖๑
พระสมชาย ปโยโค นิสิตผู้วิจัย โทร. ๐๘๔-๘๒๘๒๐๓๖
E-mail : dn.2519@gmail.com

๒)
อนุญาต
ดำเนินการ

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมสุขภาพจิต
14 ก.ย. 2555

๓)เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
เพื่อโปรดดำเนินการ จะเป็นพระคุณ

(นายประกอบ วงศ์ผลวัต)
เลขานุการกรม กรมสุขภาพจิต
๑๗ ก.ย. ๕๕

1030

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
โทรศัพท์ ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๐๐-๕ โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๓๔
www.mcu.ac.th

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๗๑๘

๒๖ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน พระเมธาวินัยรส,ดร.

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแบบเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค** นามสกุล **ดำเนิน** นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนา เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** โดยในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มีการออกแบบเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึงเรียนมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (ความตรงของเนื้อหา content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา content Reliability) โดยทางสถิติ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ของการประเมินและทำการแก้ไขแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัยให้กับนิสิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขออนุโมทนาขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

เรียนมาด้วยความนับถือ

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ยินดีให้ความร่วมมือ
[illegible]
พระเมธาวินัยรส
๗ ต.ค. ๕๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐
http://gds.mcu.ac.th, E-mail: grads@mcu.ac.th
ผู้ประสานงาน : พระมหาธนวุฒิ โชติธมฺโม เจ้าหน้าที่ธุรการสำนักงานคณบดีฯ โทร. ๐๘๔-๙๒๙๗๕๙๙
พระสมชาย ปโยโค นิสิตผู้วิจัย โทร. ๐๘๔-๘๒๘๒๐๓๖

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย โทร. ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐ ภายใน ๑๑๓๓, ๑๑๒๗

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๕๑๒ **วันที่** ๒๖ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน **พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส,รศ.ดร.**

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค** นามสกุล **ดำเนิน** นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนา เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** โดยในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มีการออกแบบเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึงเรียนมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (ความตรงของเนื้อหา content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา content Reliability) โดยทางสถิติ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ของการประเมินและทำการแก้ไขแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัยให้กับนิสิต

เรียนมาเพื่อทราบและอนุเคราะห์สืบไป

(พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ.ดร.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
โทรศัพท์ ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๐๐-๕ โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๓๔
www.mcu.ac.th

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๗๑๘

๒๖ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เจริญพร **ศ.ดร.วัชระ งามจิตรเจริญ**

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแบบเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค** นามสกุล **ดำเนิน** นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนา เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** โดยในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มีการออกแบบเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึงเจริญพรมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (ความตรงของเนื้อหา content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา content Reliability) โดยทางสถิติ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ของการประเมินและทำการแก้ไขแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัยให้กับนิสิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขออนุโมทนาขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอเจริญพร

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ไม่ขัดข้อง
๒ ต.ค. ๕๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐
http://gds.mcu.ac.th, E-mail: grads@mcu.ac.th
ผู้ประสานงาน : พระมหาธนวุฒิ โชติธมฺโม ,จ้าหน้าที่ธุรการสำนักงานคณบดีฯ โทร. ๐๘๔-๙๒๙๗๕๙๙
พระสมชาย ปโยโค นิสิตผู้วิจัย โทร. ๐๘๙-๗๒๘๒๐๓๖

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
โทรศัพท์ ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๐๐-๕ โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๓๔
www.mcu.ac.th

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๗๑๘

๒๖ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เจริญพร ดร. อำนาจ บัวศิริ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแบบเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค** นามสกุล **ดำเนิน** นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนา เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** โดยในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มีการออกแบบเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึงเจริญพรมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (ความตรงของเนื้อหา content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา content Reliability) โดยทางสถิติ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ของการประเมินและทำการแก้ไขแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัยให้กับนิสิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขออนุโมทนาขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอเจริญพร

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ยินดีเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
(ดร.อำนาจ บัวศิริ)

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐
http://gds.mcu.ac.th, E-mail: grads@mcu.ac.th
ผู้ประสานงาน : พระมหาธนวุฒิ โชติธมฺโม เจ้าหน้าที่ธุรการสำนักงานคณบดีฯ โทร. ๐๘๔-๙๒๙๗๕๙๙
พระสมชาย ปโยโค นิสิตผู้วิจัย โทร. ๐๘๔-๘๒๘๒๐๓๖

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๗๙ หมู่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
โทรศัพท์ ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๐๐-๕ โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๘๐๓๔
www.mcu.ac.th

ที่ ศธ ๖๑๐๑/๗๑๘

๒๖ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เจริญพร **ศ. เกียรติคุณ นพ.สันต์ หัตถีรัตน์**

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแบบเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย **พระสมชาย ปโยโค** นามสกุล **ดำเนิน** นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพระพุทธศาสนา เลขประจำตัวนิสิต ๕๓๐๑๕๐๕๒๐๒ ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ"** โดยในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ได้มีการออกแบบเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อการนี้ จึงเจริญพรมาเพื่อเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (ความตรงของเนื้อหา content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา content Reliability) โดยทางสถิติ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ของการประเมินและทำการแก้ไขแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัยให้กับนิสิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขออนุโมทนาขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอเจริญพร

(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐
http://gds.mcu.ac.th, E-mail: grads@mcu.ac.th
ผู้ประสานงาน : พระมหาธนวุฒิ โชติธมโม เจ้าหน้าที่ธุรการสำนักงานคณบดีฯ โทร. ๐๘๔-๙๒๙๗๕๙๙
พระสมชาย ปโยโค นิสิตผู้วิจัย โทร. ๐๘๔-๘๒๘๒๐๓๖

ภาคผนวก ข

เอกสารประกอบการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย*
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

(ภาษาอังกฤษ) A Model of Caring Chronic Illness Patients by Buddhist Integration

วันที่ชี้แจง..

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)
วัดใหม่เจริญผล ต.ท่าเรือ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ๗๑๑๓๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔-๘๒๘-๒๐๓๖

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ.ดร., พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, ดร., ดร.นพ.อุทัย สุดสุข

ผู้ให้ทุนวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ ๑ ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มี

---

* ผู้วิจัยนำรูปแบบการการเสนอโครงการวิจัยจาก คำแนะนำในการส่งโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓, หน้า ๓๓-๓๕.

ผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น**ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย**ของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน ประชาชนชาวไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น เพราะรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ การเสพสารเสพติด ทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังต่าง ๆ มักเกิดขึ้นร่วมกัน ผู้ป่วยต้องมีบทบาทอย่างมากในการเรียนรู้และร่วมดูแลรักษาตนเอง เพราะปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของการดูแลรักษา เทคนิค ๓ ส. ๓ อ. ๑ น.พิชิตโรค เป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ กำหนดเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการหลักพุทธธรรม หลักการแพทย์ การสาธารณสุข การสังคม และการเศรษฐกิจพอเพียงเข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน หลักธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ทางพระพุทธศาสนาได้รับความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น หรือเกิดการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีพุทธแบบบูรณาการ เพื่อเป็นการบำบัดที่ให้ความสุขสบายกับผู้ป่วย ที่ให้ทั้งการรักษาและสุขสบาย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

๑.เพื่อศึกษาแนวคิด วิธีการ และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยและตามหลักพระพุทธศาสนา

๒. เพื่อบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยด้วยการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

๓. เพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยที่บูรณาการด้วยการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาติดต่อกันเกิน ๓ เดือนและกลุ่มเสี่ยงของการเกิดภาวะโรคเรื้อรัง

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคกะทันหัน มีอายุเกิน ๗๐ ปี และ หญิงมีครรภ์ใกล้คลอด

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินกิจกรรมที่สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ต.วังกระแจะ อ.ไทรโยค จ.กาญจนบุรี ซึ่งดำเนินกิจกรรมโดยมูลนิธิอุทัย สุดสุข และมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น ๑๐๐ คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ท่านจะได้รับการสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และรับคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย ก่อนการวิจัยเป็นระยะเวลา ๑ เดือน ระยะเวลาที่ท่านต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา ๑ เดือน แบ่งเป็น ครั้งละ ๓ วัน และจำนวนครั้งในการนัดคือ ๔ ครั้ง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ท่านจะได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้น จากนั้นจะได้การประเมินจากแบบสอบถามมาตรฐาน คือ แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (The Thai Depression Inventory) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression score) และ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) ครั้งที่ ๑ ก่อนการดำเนินการวิจัย ในระหว่างที่ดำเนินโครงการจะได้รับการแนะนำการใช้เทคนิคในการดูแลตามกรอบเวลาในการอบรม หลังจากจบโครงการแล้ว ท่านจะได้รับการตรวจสุขภาพอีกครั้ง และจะได้ประเมินสภาวะอารมณ์ (The Thai Depression Inventory) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression score) และ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF–THAI) อีกครั้งเป็นครั้งที่ ๒

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะได้รับจากการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

๑.ได้แนวคิด วิธีการ และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยและตามหลักพระพุทธศาสนา

๒. ได้ทราบการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยด้วยการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

๓. ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยที่บูรณาการด้วยการดูแลผู้ป่วยตามหลักพระพุทธศาสนา

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ไม่มีค่าตอบแทน

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ถ้าท่านไม่เข้าร่วมโครงการ ท่านสามารถรับการรักษาโรคตามสถานพยาบาลได้ตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับ

๑. พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) วัดใหม่เจริญผล ต.ท่าเรือ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ๗๑๑๓๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔-๘๒๘-๒๐๓๖

๒. ดร.นพ.อุทัย สุดสุข ประธานกรรมการมูลนิธิอุทัย สุดสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่สถานที่ทำงานที่สามารถติดต่อได้สะดวก มูลนิธิอุทัย สุดสุข อาคาร ๓ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๐ ม.๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๒๔๔๑ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๘๓๑-๘๖๒๗

๓. อาจารย์นันทนา ศรีพินิจ มูลนิธิอุทัย สุดสุข อาคาร ๓ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๐ ม.๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๒๔๔๑ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๘๓๑-๘๖๒๗

ถ้ามีหากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะมีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ที่สำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี ต.วังกระแจะ อ.ไทรโยค จ.กาญจนบุรี ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และเป็นเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ให้ความรู้แก่ท่านตลอดโครงการ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่

๑. พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)

๒. ดร.นพ.อุทัย สุดสุข

๓. อาจารย์นันทนา ศรีพินิจ

หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ อาคารหอสมุดและเทคโนโลยีสารสนเทศ ชั้น ๓ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อยุธยา เลขที่ ๗๙ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รหัสไปรษณีย์ ๑๓๑๗๐ โทรศัพท์ ๐๓๕-๒๔๘-๐๗๒ ภายใน ๘๐๗๒

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยไว้ในงานวิจัยดุษฎีบัณฑิตของผู้วิจัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้นหรือท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่ท่านมีโรคมีอาการรุนแรงขึ้น

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ*

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ (A Model of Caring Chronic Illness Patients by Buddhist Integration)

วันให้คำยินยอม วันที่........เดือน..........................พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปะหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

๑. พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) วัดใหม่เจริญผล ต.ท่าเรือ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ๗๑๑๓๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔-๘๒๘-๒๐๓๖

๒. พระสุธีธรรมานุวัตร, ผศ.ดร. สังกัด วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร ปัจจุบัน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่อยู่สถานที่ทำงานที่สามารถติดต่อได้สะดวก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ห้อง ๓๐๕ อาคารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เลขที่ ๓ วัดมหาธาตุ ท่าพระจันทร์ พระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐ โทร/โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๐๖๘๐

๓. พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, ดร. สังกัด วัดสุทธิวราราม เขตสาทร กรุงเทพมหานครปัจจุบัน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่อยู่สถานที่ทำงานที่สามารถติดต่อได้สะดวก สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ อาคาร

---

* ผู้วิจัยนำรูปแบบการการเสนอโครงการวิจัยจาก คำแนะนำในการส่งโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๓, หน้า ๓๖-๓๙.

หอสมุดและเทคโนโลยีสารสนเทศ ชั้น ๓ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อยุธยา เลขที่ ๗๙ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำไทร อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รหัสไปรษณีย์ ๑๓๑๗๐ มือถือ ๐๘๙-๖๖๙-๑๖๐๐

๔. ดร.นพ.อุทัย สุดสุข ประธานกรรมการมูลนิธิอุทัย สุดสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่สถานที่ทำงานที่สามารถติดต่อได้สะดวก มูลนิธิอุทัย สุดสุข อาคาร ๓ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๐ ม.๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๒๔๔๑ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๘๓๑-๘๖๒๗

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ..ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงชื่อ..ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงนาม..พยาน
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงนาม..พยาน
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ..ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงชื่อ..ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงนาม..พยาน
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)
ลงนาม..พยาน
(..ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)

แบบสอบถาม
เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อการศึกษาของนิสิตปริญญาเอก สาขาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย คำตอบของท่านเป็นข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่อการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๕ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล
ตอนที่ ๒ แบบประเมินคุณภาพชีวิต
ตอนที่ ๓ แบบประเมินสภาวะอารมณ์
ตอนที่ ๔ ความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะทั่วไป

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✔ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ให้ไว้ในแต่ละข้อหรือเติมคำในช่องว่างตามความเหมาะสม

๑. เพศ ( ) ๑.ชาย ( ) ๒.หญิง

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่...............หมู่ที่.........ถนน/ซอย..........................ตำบล/แขวง............................. อำเภอ/เขต.......................จังหวัด................................รหัสไปรษณีย์.....................โทรศัพท์บ้าน....................................... /มือถือ...

๒. อายุปัจจุบัน

( ) ๑. อายุ ๑๘-๓๐ ปี ( ) ๒. อายุ ๓๑-๔๐ ปี
( ) ๓. อายุ ๔๑-๕๐ ปี ( ) ๔. อายุ ๕๑-๖๐ ปี
( ) ๕. อายุ ๖๑-๗๐ ปี

๓. สถานภาพ ( ) ๑.โสด ( ) ๒.สมรส ( ) ๓.หย่า ( ) ๔.หม้าย

๔.ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

( ) ๑.สามี/ภรรยา ( ) ๒.บิดามารดา ( ) ๓.บุตร
( ) ๔.คนเดียว ( ) ๕.ญาติ ( ) ๖.อื่นๆ ระบุ.............

๕.อาชีพปัจจุบัน

( ) ๑.ว่างงาน ( ) ๒. กสิกรรม ( ) ๓. ค้าขาย
( ) ๔.รับจ้าง/ ลูกจ้าง ( ) ๕. รับราชการ ( ) ๖. เอกชน
( ) ๗. ธุรกิจส่วนตัว ( ) ๘. อื่นๆ ระบุ............................

๖.ประวัติการศึกษา

( ) ๑.ไม่ได้เรียน ( ) ๒.ประถมศึกษา ( ) ๓. ม.ต้น

( ) ๔. ม.ปลาย ( ) ๕.ปวช. ( ) ๖.อนุปริญญา

( ) ๗.ปริญญาตรี ( ) ๘.ปริญญาโท ( ) ๙.ปริญญาเอก

( ) อื่นๆ ระบุ...................

๗. สิทธิค่ารักษาพยาบาล

( ) ๑.จ่ายเอง ( ) ๒.เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) ๓.ประกันสังคม

( ) ๔.โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (๓๐ บาท)

( ) ๕.ประกันสุขภาพเอกชน ( ) ๖.อื่นๆ ระบุ..

๘. ผลการตรวจสุขภาพ

น้ำหนัก...............................ส่วนสูง....................................

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด..

ข้อมูลด้านสุขภาพ

การสูบบุหรี่

( ) ๑.ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ ( ) ๔.เลิกได้แล้ว

การดื่มสุรา

( ) ๑.ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ ( ) ๔.เลิกได้แล้ว

การนอน

( ) ๑.นอนหลับเป็นปกติ ( ) ๒.นอนไม่ค่อยหลับ

การรับประทานอาหาร

( ) ๑.รับประทานเป็นปกติ ( ) ๒.รับประทานได้น้อยลง

ประวัติการรักษา ในระยะ ๑ ปีที่ผ่านมาการวินิจฉัยโรคของแพทย์

( ) ๑. โรคเบาหวาน ( ) ๒.โรคความดันโลหิตสูง ( ) ๓.โรคหลอดเลือดหัวใจ

( ) ๔. โรคหลอดเลือดสมองหัวใจ ( ) ๕. อื่น ๆ...........................

การปฏิบัติตนตามหลักพุทธศาสนิกชน

ภายในระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมา

๑. ท่านสวดมนต์หรือไม่ ( ) ๑.ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ

๒. ท่านเข้าวัดทำบุญหรือไม่ ( ) ๑.ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ

๓. ท่านเคยเข้าร่วมปฏิบัติธรรมหรือไม่หรือ ( ) ๑. ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ

๔. ท่านถือศีลหรือไม่ ( ) ๑.ไม่เคย ( ) ๒.บางครั้ง ( ) ๓.เป็นประจำ

๕. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาในชุมชนหรือไม่

( ) ๑. ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ( ) ๒. เข้าร่วมบางครั้ง ( ) ๓. เข้าร่วมทุกครั้ง

<u>ตอนที่ ๒</u> แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี ๕ ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้น เล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ ระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่ระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
๑	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
๒	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด					
๓	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
๔	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
๕	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
๖	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
๗	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
๘	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					

ข้อที่	ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
๙	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
๑๐	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
๑๑	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
๑๒	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
๑๓	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
๑๔	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
๑๕	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
๑๖	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
๑๗	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
๑๘	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
๑๙	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
๒๐	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
๒๑	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
๒๒	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
๒๓	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
๒๔	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
๒๕	ท่านพึงพอใจความสมบูรณ์ในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน					
๒๖	ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่อยู่ในระดับใด					

<u>ตอนที่ ๓</u> แบบประเมินสภาวะอารมณ์

กรุณาวงกลมรอบข้อที่ตรงกับท่านหรือใกล้เคียงมากที่สุดในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา

๑.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความท้อแท้อย่างไร

ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต

ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย

ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง

ง. ไม่หมดหวัง

๒.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีเข้าใจต่อชีวิตอย่างไร

ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย

ข. คิดอยากตาย

ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย

ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย

๓.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร

ก. รู้สึกมาก ว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือไม่มีค่าเลย

ข. รู้สึกผิด คิดแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต

ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อยๆ

ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี

๔. เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีผลต่อการวางแผนในการทำงานอย่างไร

ก. อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร

ข. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงมาก

ค. คิดอะไร ทำอะไรเชื่องช้าลงกว่าเดิมบ้าง

ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม

๕.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีอารมณ์อย่างไร

ก. งุ่นง่าน เดินไปมา อยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย

ข. กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ค่อยได้

ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย

ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย

๖.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความซึมเศร้าอย่างไร

ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย

ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอด ทำใจให้สบายไม่ได้เลย

ค. รู้สึกซึมเศร้า ไม่แจ่มใสเหมือนเคย

ง. จิตใจสบายดี

๗.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความกังวลใจอย่างไร

ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง

ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย

ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน

ง. ไม่วิตกกังวล

๘.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความเบื่ออย่างไร

ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย

ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ

ค. เบื่อง่าย แต่ยังพอมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ มีคนมาคุยด้วย

ง. มีความสนใจในเรื่องต่างๆ เหมือนเดิม

๙.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านมีความหงุดหงิดอย่างไร

ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ

ข. หงุดหงิด ฉุนเฉียวบ่อย

ค. หงุดหงิดง่ายกว่าเดิม แต่พอคุมได้

ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด

๑๐.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านคิดว่าการนอนหลับของท่านเป็นอย่างไร

ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ

ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย

ค. หลับยากบางครั้ง

ง. นอนหลับปกติดี

๑๑.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านคิดว่าการตื่นนอนของท่านเป็นอย่างไร
ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย
ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต่อยาก
ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย
ง. หลับปกติดี

๑๒.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคการรับประทานอาหารของท่านเป็นอย่างไร
ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย
ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้
ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม
ง. กินอาหารได้ตามปกติ

๑๓.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคอาการอ่อนเพลียของท่านเป็นอย่างไร
ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย
ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด
ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย
ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

๑๔.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคความสนใจทางเพศของท่านเป็นอย่างไร
ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย
ข. สนใจทางเพศลดลงมาก
ค. สนใจทางเพศลดลงบ้างจากเคย
ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม

๑๕.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคการตัดสินใจของท่านเป็นอย่างไร
ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย
ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้แม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ
ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ
ง. ไม่มีลังเลใจ

๑๖. เมื่อรู้ว่าเป็นโรคท่านความเชื่อมั่นต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร
ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่
ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองนำจะมีโรคทางร่างกาย
ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย

๑๗.เมื่อรู้ว่าเป็นโรคการมีสมาธิในการทำงานเป็นอย่างไร
ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย
ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง
ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน
ง. สมาธิปกติ

๑๘.เมื่อรู้ตัวว่ามีอาการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติงานของท่านเป็นอย่างไร

ก. ทำงานไม่ได้เลย

ข. ทำงานแย่ลงกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน

ค. ต้องฝืนใจ เวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง

ง. ทำงานได้ตามปกติ

๑๙.อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ

ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก

ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย

ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง

ง. ไม่มีอาการทางร่างกายอะไร

๒๐.การสนใจต่อบุคคลอื่น

ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง

ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร

ค. สนใจคนอื่นๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม

ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

ตอนที่ ๔ ความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะทั่วไป

………

………

………

………

………

ตารางกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ

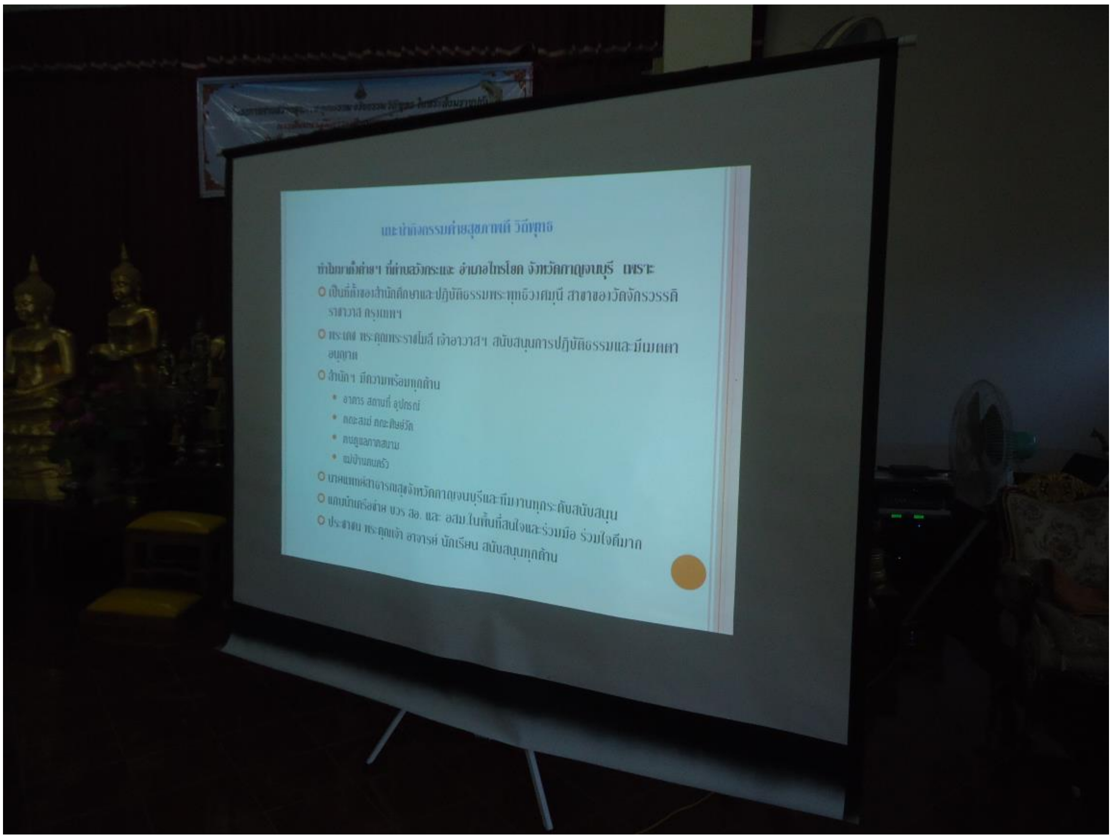
วันที่ ๑ ของการอบรม		
เวลา	**กิจกรรม**	**หมายเหตุ**
๐๗.๐๐-๐๘.๐๐	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๑-๑๐.๐๐	ตรวจสุขภาพ/ประเมินความรู้/ตอบแบบสอบถาม	
๑๐.๐๑-๑๐.๓๐	พิธีเปิดการเข้าค่ายการบูรณาการหลักพุทธธรรม ในการดูแลสุขภาพ	
๑๐.๓๑-๑๑.๓๐	แนะนำกิจกรรมการบูรณาการหลักพุทธธรรมใน การดูแลสุขภาพ	
๑๑.๓๑-๑๒.๐๐	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ รวมพลคนเข้าค่ายสุขภาพ	
๑๒.๐๑-๑๓.๐๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ	
๑๓.๐๑-๑๔.๓๐	สร้างสุขภาพดี วิถีพุทธแบบพึ่งพาตนเอง	
๑๔.๓๑-๑๖.๓๐	สมาธิบำบัด	
๑๖.๓๑-๑๗.๓๐	กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	
๑๗.๓๑-๑๘.๓๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ	
๑๘.๓๑-๑๙.๓๐	ฝึกสมาธิบำบัด	
๑๙.๓๑-๒๑.๓๐	กิจกรรม ๓ ส -สวดมนต์ ๓๐ นาที -สมาธิ ๓๐ นาที (นั่ง-เดิน อย่างละ ๑๕ นาที) -สนทนาธรรม ๑๕ นาที - แผ่เมตตา ๕ นาที	
๒๑.๓๑-๐๕.๐๐	พักผ่อนตามหลัก ๑ น	

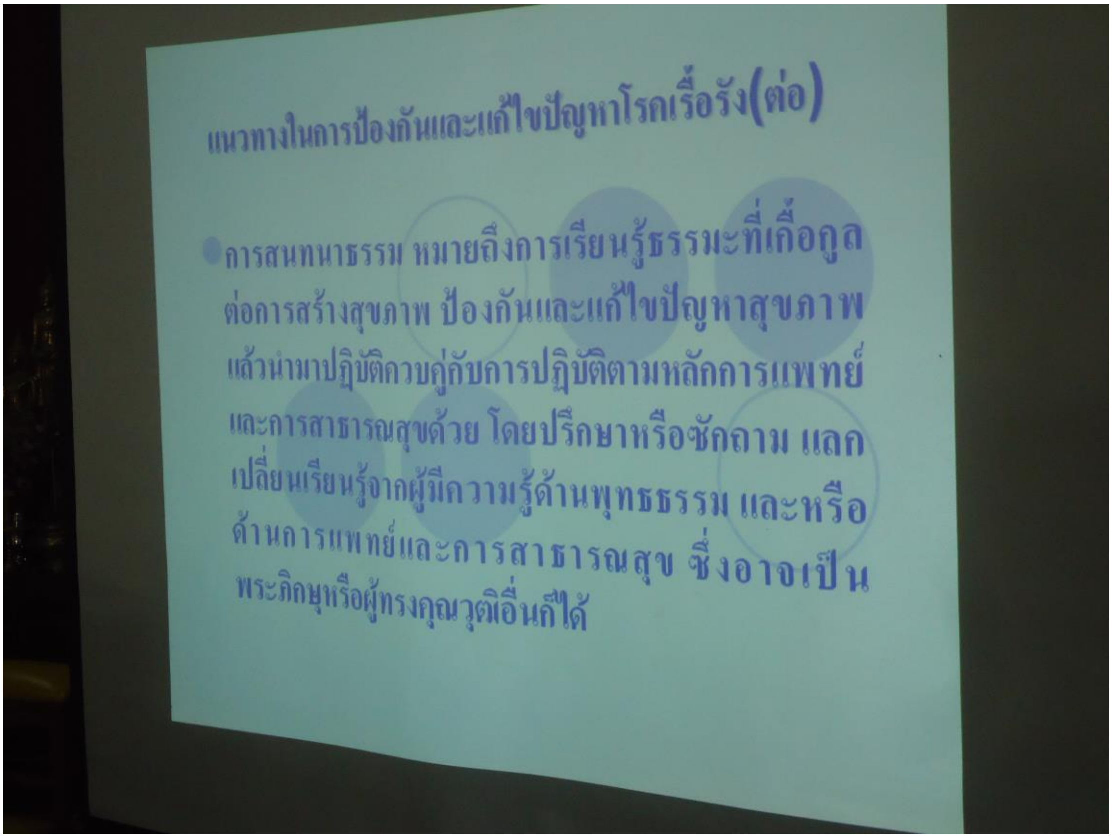
วันที่ ๒ ของการอบรม		
เวลา	**กิจกรรม**	**หมายเหตุ**
๐๕.๐๐	ตื่นนอน ปลุกด้วยเสียงธรรม	
๐๕.๓๑-๐๗.๐๐	กิจกรรม ๓ ส -สวดมนต์ ๓๐ นาที -สมาธิ ๓๐ นาที (นั่ง-เดิน อย่างละ ๑๕ นาที) - แผ่เมตตา ๕ นาที -โยคะ ยืดเหยียด ๒๕ นาที	
๐๗.๐๑-๐๗.๓๐	กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	
๐๗.๓๑-๐๘.๓๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ	

๐๘.๓๑-๑๒.๐๐	กิจกรรมกลุ่มเข้าฐานสุขภาพ แลกเปลี่ยนความรู้ (ครั้งที่ ๑)	
	- ฐานที่ ๑ การสร้างสุขภาพองค์รวม	
	- ฐานที่ ๒ การสร้างสุขภาพประจำวันด้วย ๓ ส ๓ อ ๑ น	
	- ฐานที่ ๓ การสร้างสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไข ปัญหา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด	
๑๒.๐๑-๑๓.๐๐	สูง หัวใจและหลอดเลือด	
๑๓.๐๑-๑๖.๐๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ	
	กิจกรรมกลุ่มเข้าฐานสุขภาพ แลกเปลี่ยนความรู้ (ครั้งที่ ๒)	
	- ฐานที่ ๑ การทำน้ำสมุนไพร	
	- ฐานที่ ๒ อาหารสุขภาพ	
๑๖.๐๑-๑๖.๓๐	- ฐานที่ ๓ ปลูกผักสมุนไพร ปลอดสารพิษ	
๑๖.๓๑-๑๗.๐๐	- ฐานที่ ๔ การทำปุ๋ยหมัก	
๑๗.๐๑-๑๘.๐๐	สรุปบทเรียนจากกิจกรรม (ครั้งที่ ๑ และ ๒)	
๑๘.๐๑-๑๙.๓๐	กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	
๑๙.๓๑-๒๑.๓๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ	
	เสวนาความรู้ ด้านสุขภาพ	
	กิจกรรม ๓ ส	
	-สวดมนต์ ๓๐ นาที	
	-สมาธิ ๓๐ นาที (นั่ง-เดิน อย่างละ ๑๕ นาที)	
๒๑.๓๑-๐๕.๐๐	-สนทนาธรรม ๑๕ นาที	
	- แผ่เมตตา ๕ นาที	
	พักผ่อนตามหลัก ๑ น	
วันที่ ๓ ของการอบรม		
เวลา	**กิจกรรม**	**หมายเหตุ**
๐๕.๐๐	ตื่นนอน ปลุกด้วยเสียงธรรม	
๐๕.๓๑-๐๗.๐๐	กิจกรรม ๓ ส	
	-สวดมนต์ ๓๐ นาที	
	-สมาธิ ๓๐ นาที (นั่ง-เดิน อย่างละ ๑๕ นาที)	
	- แผ่เมตตา ๕ นาที	
	-โยคะ ยืดเหยียด ๒๕ นาที	
๐๖.๓๑-๐๖.๔๕	พักอริยบถ เตรียมตรวจสุขภาพ	
๐๖.๔๖-๐๘.๐๐	ตรวจสุภาพหลังการเข้าค่าย	

๐๘.๐๑-๐๙.๐๐ ๐๙.๐๑-๑๒.๐๐ ๑๒.๐๑-๑๓.๐๐ ๑๓.๐๑-๑๔.๐๐ ๑๔.๐๑-๑๕.๐๐ ๑๕.๐๑-๑๖.๐๐ ๑๖.๐๑-๑๖.๓๐	รับประทานอาหารจานสุขภาพ เรียนรู้การดูแลด้านสุขภาพ -ฐานที่ ๑ เรียนสมุนไพรท้องถิ่น -ฐานที่ ๒ ฝึกหายใจ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ -ฐานที่ ๓ ฝึกประคบ/นวด -ฐานที่ ๔ ฝึกการกดจุดเพื่อผ่อนคลาย รับประทานอาหารจานสุขภาพ ประเมินความรู้หลังเข้าค่าย/ตอบแบบสอบถามหลังเข้าค่าย/ กลุ่มเปิดใจ สรุปผลภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าค่ายสุขภาพ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึ่งตนเอง กิจกรรมอำลา พิธีปิด/เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ	

ภาคผนวก ค
รูปภาพประกอบการวิจัย


ทำไมมาตั้งค่ายฯ ที่ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เพราะ
เป็นที่ตั้งของสำนักศึกษาและปฏิบัติธรรมพระพุทธิวงศมุนี สาขาของวัดจักรวรรดิราชาวาส กรุงเทพฯ
พระเดช พระคุณพระราชโมลี เจ้าอาวาสฯ สนับสนุนการปฏิบัติธรรมและมีเมตตาอนุญาต
สำนักฯ มีความพร้อมทุกด้าน
อาคาร สถานที่ อุปกรณ์
คณะสงฆ์ คณะศิษย์วัด
คนดูแลภาคสนาม
แม่บ้านคนครัว
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีและทีมงานทุกระดับสนับสนุน
แกนนำเครือข่าย บวร สอ. และ อสม.ในพื้นที่สนใจและร่วมมือ ร่วมใจดีมาก
ประชาชน พระคุณเจ้า อาจารย์ นักเรียน สนับสนุนทุกด้าน


แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง(ต่อ)
การสนทนาธรรม หมายถึงการเรียนรู้ธรรมะที่เกื้อกูล
ต่อการสร้างสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ
แล้วนำมาปฏิบัติควบคู่กับการปฏิบัติตามหลักการแพทย์
และการสาธารณสุขด้วย โดยปรึกษาหรือซักถาม แลก
เปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีความรู้ด้านพุทธธรรม และหรือ
ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็น
พระภิกษุหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นก็ได้

เข้าฐานเรียนรู้การดูแลสุขภาพเชิงพุทธบูรณาการ

ตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค

ผู้วิจัยแนะนำประโยชน์ของการสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิ ต่อการดูแลสุขภาพ

ออกกำลังกายอย่างมีสติตามแนวทางพระพุทธศาสนา

วัดรอบเอว

ตรวจสุขภาพก่อนการทดลอง

ตรวจสุขภาพหลังการทดลอง

การปฏิบัติตัว
การปฏิบัติตัว
การปฏิบัติตัว
การปฏิบัติตัว
DHS
23/06/2014

โรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง
โรคหลอดเลือดสมอง
23/06/2014

จัดนิทรรศการให้ความรู้กับประชาชน ร่วมกับสาธารณสุขอ.ท่ามะกา

ภาคผนวก ง

บทสวดมนต์

บทสวดมนต์

<u>คำทำวัตรเช้าและเย็น</u>

<u>(เริ่มต้นด้วย คำบูชาพระรัตนตรัย และ ปุพพภาคนมการ)</u>

คำบูชาพระรัตนตรัย

อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ ภะคะวา,
พระผู้มีพระภาคเจ้า, เป็นพระอรหันต์,
ดับเพลิงกิเลสเพลิงทุกข์สิ้นเชิง, ตรัสรู้ชอบได้โดยพระองค์เอง;
พุทธัง ภะคะวันตัง อะภิวาเทมิ.
ข้าพเจ้าอภิวาทพระผู้มีพระภาคเจ้า, ผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบาน.
(กราบ ๑ ครั้ง)
สวากขาโต ภะคะวะตา ธัมโม,
พระธรรม เป็นธรรมที่พระผู้มีพระภาคเจ้า, ตรัสไว้ดีแล้ว;
ธัมมัง นะมัสสามิ.
ข้าพเจ้านมัสการพระธรรม.
(กราบ ๑ ครั้ง)
สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ,
พระสงฆ์ สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า, ปฏิบัติดีแล้ว;
สังฆัง นะมามิ.
ข้าพเจ้านอบน้อมพระสงฆ์.
(กราบ ๑ ครั้ง)

ปุพพภาคนมการ

(คำนมัสการ) **หันทะ มะยัง พุทธัสสะ ภะคะวะโต ปุพพะภาคะนะมะการัง กะโรมะ เส.**
นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต, ขอนอบน้อมแด่พระผู้มีพระภาคเจ้า พระองค์นั้น;
อะระหะโต, ซึ่งเป็นผู้ไกลจากกิเลส;
สัมมาสัมพุทธัสสะ. ตรัสรู้ชอบได้โดยพระองค์เอง.
(ว่า ๓ ครั้ง)

คำทำวัตรเช้า

๑. พุทธาภิถุติ

(คำสรรเสริญพระพุทธเจ้า) **หันทะ มะยัง พุทธาภิถุติง กะโรมะ เส.**

โย โส ตะถาคะโต, พระตถาคตเจ้านั้น พระองค์ใด;

อะระหัง, เป็นผู้ไกลจากกิเลส;

สัมมาสัมพุทโธ, เป็นผู้ตรัสรู้ชอบได้โดยพระองค์เอง;

วิชชาจะระณะสัมปันโน, เป็นผู้ถึงพร้อมด้วยวิชชาและจรณะ;

สุคะโต, เป็นผู้ไปแล้วด้วยดี;

โลกะวิทู, เป็นผู้รู้โลกอย่างแจ่มแจ้ง;

อะนุตตะโร ปุริสะทัมมะสาระถิ, เป็นผู้สามารถฝึกบุรุษที่สมควรฝึกได้ อย่างไม่มีใครยิ่งกว่า;

สัตถา เทวะมะนุสสานัง, เป็นครูผู้สอน ของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย;

พุทโธ, เป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบานด้วยธรรม;

ภะคะวา, เป็นผู้มีความจำเริญ จำแนกธรรม สั่งสอนสัตว์;

โย อิมัง โลกัง สะเทวะกัง สะมาระกัง สะพ์รัห์มะกัง, สัสสะมะณะพ์ราห์มะณิง ปะชัง สะเทวะมะนุสสัง สะยัง อะภิญญา สัจฉิกัต์วา ปะเวเทสิ, พระผู้มีพระภาคเจ้าพระองค์ใด, ได้ทรงทำความดับทุกข์ให้แจ้ง ด้วยพระปัญญาอันยิ่งเองแล้ว, ทรงสอนโลกนี้ พร้อมทั้งเทวดา, มาร พรหม , และหมู่สัตว์ พร้อมทั้งสมณพราหมณ์, พร้อมทั้งเทวดาและมนุษย์ให้รู้ตาม;

โย ธัมมัง เทเสสิ, พระผู้มีพระภาคเจ้าพระองค์ใด, ทรงแสดงธรรมแล้ว;

อาทิกัล์ยาณัง, ไพเราะในเบื้องต้น;

มัชเฌกัล์ยาณัง, ไพเราะในท่ามกลาง;

ปะริโยสานะกัล์ยาณัง, ไพเราะในที่สุด;

สาตถัง สะพ์ยัญชะนัง เกวะละปะริปุณณัง ปะริสุทธัง
พ์รัห์มะจะริยัง ปะกาเสสิ, ทรงประกาศพรหมจรรย์, คือแบบแห่งการปฏิบัติอันประเสริฐ บริสุทธิ์ บริบูรณ์ สิ้นเชิง, พร้อมทั้งอรรถะ พร้อมทั้งพยัญชนะ;

ตะมะหัง ภะคะวันตัง อะภิปูชะยามิ,
ข้าพเจ้าบูชาอย่างยิ่ง เฉพาะพระผู้มีพระภาคเจ้าพระองค์นั้น;

ตะมะหัง ภะคะวันตัง สิระสา นะมามิ.
ข้าพเจ้านอบน้อมพระผู้มีพระภาคเจ้าพระองค์นั้น ด้วยเศียรเกล้า.

(กราบระลึกพระพุทธคุณ)

๒. ธัมมาภิถุติ

(คำสรรเสริญพระธรรม) **หันทะ มะยัง ธัมมาภิถุติง กะโรมะ เส.**

โย โส สฺวากขาโต ภะคะวะตา ธัมโม, พระธรรมนั้นใด, เป็นสิ่งที่พระผู้มีพระภาคเจ้า ได้ตรัสไว้ดีแล้ว;

สันทิฏฐิโก, เป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาและปฏิบัติ พึงเห็นได้ด้วยตนเอง;

อะกาลิโก, เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ และให้ผลได้ ไม่จำกัดกาล;

เอหิปัสสิโก, เป็นสิ่งที่ควรกล่าวกะผู้อื่นว่า ท่านจงมาดูเถิด;

โอปะนะยิโก, เป็นสิ่งที่ควรน้อมเข้ามาใส่ตัว;

ปัจจัตตัง เวทิตัพโพ วิญญูหิ, เป็นสิ่งที่ผู้รู้ก็รู้ได้เฉพาะตน;

ตะมะหัง ธัมมัง อะภิปูชะยามิ, ข้าพเจ้าบูชาอย่างยิ่ง เฉพาะพระธรรมนั้น;

ตะมะหัง ธัมมัง สิระสา นะมามิ. ข้าพเจ้านอบน้อมพระธรรมนั้น ด้วยเศียรเกล้า.

(กราบระลึกพระธรรมคุณ)

๓. สังฆาภิถุติ

(คำสรรเสริญพระสงฆ์) **หันทะ มะยัง สังฆาภิถุติง กะโรมะ เส.**

โย โส สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ, สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น หมู่ใด, ปฏิบัติดีแล้ว;

อุชุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ, สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า หมู่ใด, ปฏิบัติตรงแล้ว;

ญายะปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ, สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า หมู่ใด, ปฏิบัติเพื่อรู้ธรรม เป็นเครื่องออกจากทุกข์แล้ว;

สามีจิปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ, สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า หมู่ใด, ปฏิบัติสมควรแล้ว;

ยะทิทัง, ได้แก่บุคคลเหล่านี้คือ;

จัตตาริ ปุริสะยุคานิ อัฏฐะ ปุริสะปุคคะลา, คู่แห่งบุรุษ ๔ คู่, นับเรียงตัวบุรุษ ได้ ๘ บุรุษ;

เอสะ ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ, นั่นแหละ สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า;

อาหุเนยโย, เป็นสงฆ์ควรแก่สักการะที่เขานำมาบูชา;

ปาหุเนยโย, เป็นสงฆ์ควรแก่สักการะที่เขาจัดไว้ต้อนรับ;

ทักขิเณยโย, เป็นผู้ควรรับทักษิณาทาน;

อัญชะลีกะระณีโย, เป็นผู้ที่บุคคลทั่วไปควรทำอัญชลี;

อะนุตตะรัง ปุญญักเขตตัง โลกัสสะ, เป็นเนื้อนาบุญของโลก, ไม่มีนาบุญอื่นยิ่งกว่า;

ตะมะหัง สังฆัง อะภิปูชะยามิ, ข้าพเจ้าบูชาอย่างยิ่ง เฉพาะพระสงฆ์หมู่นั้น;

ตะมะหัง สังฆัง สิระสา นะมามิ. ข้าพเจ้านอบน้อมพระสงฆ์หมู่นั้น ด้วยเศียรเกล้า.

(กราบระลึกพระสังฆคุณ)

๔. รตนัตตยัปปณามคาถา

หันทะ มะยัง ระตะนัตตะยัปปะณามะคาถาโย เจวะ สังเวคะปะริกิตตะนะปาฐัญจะ ภะณามะ เส.

พุทโธ สุสุทโธ กะรุณามะหัณณะโว, พระพุทธเจ้าผู้บริสุทธิ์ มีพระกรุณาดุจห้วงมหรรณพ;

โยจจันตะสุทธัพพะระญาณะโลจะโน, พระองค์ใด มีตาคือญาณอันประเสริฐหมดจดถึงที่สุด;

โลกัสสะ ปาปูปะกิเลสะฆาตะโก, เป็นผู้ฆ่าเสียซึ่งบาป และอุปกิเลสของโลก;

วันทามิ พุทธัง อะหะมาทะเรนะ ตัง, ข้าพเจ้าไหว้พระพุทธเจ้าพระองค์นั้น โดยใจเคารพเอื้อเฟื้อ ;

ธัมโม ปะทีโป วิยะ ตัสสะ สัตถุโน, พระธรรมของพระศาสดา สว่างรุ่งเรืองเปรียบดวงประทีป;

โย มัคคะปากามะตะเภทะภินนะโก, จำแนกประเภทคือ มรรค ผล นิพพาน, ส่วนใด;

โลกุตตะโร โย จะ ตะทัตถะทีปะโน, ซึ่งเป็นตัวโลกุตตระ, และส่วนใดที่ชี้แนวแห่งโลกุตตระนั้น;

วันทามิ ธัมมัง อะหะมาทะเรนะ ตัง, ข้าพเจ้าไหว้พระธรรมนั้น โดยใจเคารพเอื้อเฟื้อ;

อัปปิเยหิ สัมปะโยโค ทุกโข, ความประสบกับสิ่งไม่เป็นที่รักที่พอใจ ก็เป็นทุกข์;

ปิเยหิ วิปปะโยโค ทุกโข, ความพลัดพรากจากสิ่งเป็นที่รักที่พอใจ ก็เป็นทุกข์;

ยัมปิจฉัง นะ ละภะติ ตัมปิ ทุกขัง, มีความปรารถนาสิ่งใด ไม่ได้สิ่งนั้น นั่นก็เป็นทุกข์;

สังขิตเตนะ ปัญจุปาทานักขันธา ทุกขา, ว่าโดยย่อ อุปาทานขันธ์ทั้ง ๕ เป็นตัวทุกข์;

เสยยะถีทัง, ได้แก่สิ่งเหล่านี้คือ:–

รูปูปาทานักขันโธ, ขันธ์ อันเป็นที่ตั้งแห่งความยึดมั่น คือรูป;

เวทะนูปาทานักขันโธ, ขันธ์ อันเป็นที่ตั้งแห่งความยึดมั่น คือเวทนา;

สัญญูปาทานักขันโธ, ขันธ์ อันเป็นที่ตั้งแห่งความยึดมั่น คือสัญญา;

สังขารูปาทานักขันโธ, ขันธ์ อันเป็นที่ตั้งแห่งความยึดมั่น คือสังขาร;

วิญญาณูปาทานักขันโธ, ขันธ์ อันเป็นที่ตั้งแห่งความยึดมั่น คือวิญญาณ;

เยสัง ปะริญญายะ, เพื่อให้สาวกกำหนดรอบรู้อุปาทานขันธ์ เหล่านี้เอง;

ธะระมาโน โส ภะคะวา, จึงพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น เมื่อยังทรงพระชนม์อยู่;

เอวัง พะหุลัง สาวะเก วิเนติ, ย่อมทรงแนะนำสาวกทั้งหลาย เช่นนี้เป็นส่วนมาก;

เอวัง ภาคา จะ ปะนัสสะ ภะคะวะโต สาวะเกสุ อะนุสาสะนี พะหุลา ปะวัตตะติ, อนึ่ง คำสั่งสอนของพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น, ย่อมเป็นไปในสาวกทั้งหลาย, ส่วนมาก, มีส่วนคือการจำแนกอย่างนี้ว่า:–

รูปัง อะนิจจัง, รูปไม่เที่ยง;

เวทะนา อะนิจจา, เวทนาไม่เที่ยง;

สัญญา อะนิจจา, สัญญาไม่เที่ยง;

สังขารา อะนิจจา, สังขารไม่เที่ยง;

วิญญาณัง อะนิจจัง, วิญญาณไม่เที่ยง;

รูปัง อะนัตตา, รูปไม่ใช่ตัวตน;

เวทะนา อะนัตตา, เวทนาไม่ใช่ตัวตน;

สัญญา อะนัตตา, สัญญาไม่ใช่ตัวตน;
สังขารา อะนัตตา, สังขารไม่ใช่ตัวตน;
วิญญาณัง อะนัตตา, วิญญาณไม่ใช่ตัวตน;
สัพเพ สังขารา อะนิจจา, สังขารทั้งหลายทั้งปวง ไม่เที่ยง;
สัพเพ ธัมมา อะนัตตาติ, ธรรมทั้งหลายทั้งปวง ไม่ใช่ตัวตน ดังนี้;
เต (หญิงว่า ตา) มะยัง โอติณณาม๎หะ, พวกเราทั้งหลาย เป็นผู้ถูกครอบงำแล้ว;
ชาติยา, โดยความเกิด;
ชะรามะระเณนะ, โดยความแก่และความตาย;
โสเกหิ ปะริเทเวหิ ทุกเขหิ โทมะนัสเสหิ อุปายาเสหิ, โดยความโศก ความร่ำไรรำพัน ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ ความคับแค้นใจ ทั้งหลาย;
ทุกโขติณณา, เป็นผู้ถูกความทุกข์ หยั่งเอาแล้ว;
ทุกขะปะเรตา, เป็นผู้มีความทุกข์ เป็นเบื้องหน้าแล้ว;
อัปเปวะนามิมัสสะ เกวะลัสสะ ทุกขักขันธัสสะ อันตะกิริยา ปัญญาเยถาติ. ทำไฉน การทำที่สุดแห่งกองทุกข์ทั้งสิ้นนี้, จะพึงปรากฏชัด แก่เราได้.
จิระปะรินิพพุตัมปิ ตัง ภะคะวันตัง สะระณัง คะตา, เราทั้งหลาย ผู้ถึงแล้วซึ่งพระผู้มีพระภาคเจ้า, แม้ปรินิพพานนานแล้ว พระองค์นั้น เป็นสรณะ;
ธัมมัญจะ สังฆัญจะ, ถึงพระธรรมด้วย ถึงพระสงฆ์ด้วย;
ตัสสะ ภะคะวะโต สาสะนัง ยะถาสะติ ยะถาพะลัง มะนะสิกะโรมะ อะนุปะฏิปัชชามะ, จักทำในใจอยู่ ปฏิบัติตามอยู่ซึ่งคำสั่งสอนของพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น ตามสติกำลัง;
สา สา โน ปะฏิปัตติ, ขอให้ความปฏิบัตินั้นๆ ของเราทั้งหลาย;
อิมัสสะ เกวะลัสสะ ทุกขักขันธัสสะ อันตะกิริยายะ สังวัตตะตุ. จงเป็นไปเพื่อการทำที่สุดแห่งกองทุกข์ ทั้งสิ้นนี้ เทอญ.

(จบคำทำวัตรเช้า)

คำทำวัตรเย็น

๑. พุทธานุสสติ

(ผู้นำ) **หันทะ มะยัง พุทธานุสสะตินะยัง กะโรมะ เส.**

(รับพร้อมกัน) **ตัง โข ปะนะ ภะคะวันตัง เอวัง กัล์ปยาโณ กิตติสัทโท อัพภุคคะโต** ก็กิตติศัพท์อันงามของพระผู้มีพระภาคเจ้านั้น, ได้ฟุ้งไปแล้วอย่างนี้ว่า.

อิติปิโส ภะคะวา เพราะเหตุอย่างนี้ๆ , พระผู้มีพระภาคเจ้านั้น

อะระหัง เป็นผู้ไกลจากกิเลส

สัมมาสัมพุทโธ เป็นผู้ตรัสรู้ชอบได้โดยพระองค์เอง

วิชชาจะระณะสัมปันโน, เป็นผู้ถึงพร้อมด้วยวิชชาและจรณะ

สุคะโต เป็นผู้ไปแล้วด้วยดี

โลกวิทู เป็นผู้รู้โลกอย่างแจ่มแจ้ง

อะนุตตะโร ปุริสะทัมมะสาระถิ, เป็นผู้สามารถฝึกบุรุษที่สมควรฝึกได้ อย่างไม่มีใครยิ่งกว่า

สัตถา เทวะมนุสสานัง, เป็นครูผู้สอนเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย

พุทโธ, เป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบานด้วยธรรม

ภะคะวาติ เป็นผู้มีความจำเริญ จำแนกธรรม สั่งสอนสัตว์ดังนี้,

(หยุดน้อมจิตระลึกถึงพระพุทธคุณตามสมควร)

๒. ธัมมานุสสติ

(ผู้นำ) **หันทะ มะยัง ธัมมานุสสะตินะยัง กะโรมะ เส.**

(รับพร้อมกัน) **สวากขาโต ภะคะวะตา ธัมโม,** พระธรรม เป็นสิ่งที่พระผู้มีพระภาคเจ้า ได้ตรัสไว้ดีแล้ว,

สันทิฐิโก, เป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาและปฏิบัติ พึงเห็นได้ด้วยตนเอง,

อะกาลิโก, เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ และให้ผลได้ไม่จำกัดกาล

เอหิปัสสิโก, เป็นสิ่งที่ควรกล่าวกับผู้อื่นว่า ท่านจงมาดูเถิด,

โอปะนะยิโก, เป็นสิ่งที่ควรน้อมเข้ามาใส่ตัว

ปัจจัตตัง เวทิตัพโพ วิญญูหีติ เป็นสิ่งที่ผู้รู้ก็รู้ได้เฉพาะตน ดังนี้

(หยุดน้อมจิตระลึกถึงพระธรรมคุณตามสมควร)

๓. สังฆานุสสติ

(ผู้นำ) **หันทะ มะยัง สังฆานุสสะตินะยัง กะโรมะ เส.**

(รับพร้อมกัน) **สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ,**

สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า, หมู่ใด, ปฏิบัติดีแล้ว

อุชุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ,

สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า, หมู่ใด, ปฏิบัติตรงแล้ว,

ญายะปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังฆ,

สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า, หมู่ใด,
ปฏิบัติเพื่อรู้ธรรมเป็นเครื่องออกจากทุกข์แล้ว

สามีจิปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ,

สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า, หมู่ใด,
ปฏิบัติสมควรแล้ว,

ยะทิทัง, ได้แก่บุคคลเหล่านี้ คือ

จัตตาริ ปุริสะยุคานิ อัฏฐะ ปุริสะปุคคะลา, คู่แห่งบุรุษ 4 คู่
นับเรียงตัวบุรุษได้ 8 บุรุษ,

เอสะ ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ,

นั่นแหละ สงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า,

อานุเนยโย, เป็นสงฆ์ควรแก่สักการะที่เขานำมาบูชา

ปานุเนยโย, เป็นสงฆ์ควรแก่สักการะที่เขาจัดไว้ต้อนรับ

ทักขิเณยโย, เป็นผู้ควรรับทักษิณาทาน

อัญชะลีกะระณีโย, เป็นผู้ที่บุคคลทั่วไปควรทำอัญชลี

อนุตตะรัง ปุญญักเขตตัง โลกัสสาติ. เป็นเนื้อนาบุญของโลก, ไม่มีนาบุญอื่นยิ่งกว่า ดังนี้
(หยุดน้อมจิตระลึกถึงพระสังฆคุณตามสมควร)

(จบคำทำวัตรเย็น)

บทสวดมนต์พิเศษ

๑. สรณคมนปาฐะ

หันทะ มะยัง ติสะระณะคะมะปาฐัง ภะณามะ เส.

พุทธัง สะระณัง คัจฉามิ, ข้าพเจ้าถือเอาพระพุทธเจ้าเป็นสรณะ;
ธัมมัง สะระณัง คัจฉามิ, ข้าพเจ้าถือเอาพระธรรมเป็นสรณะ;
สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ. ข้าพเจ้าถือเอาพระสงฆ์เป็นสรณะ.
ทุติยัมปิ พุทธัง สะระณัง คัจฉามิ, แม้ครั้งที่สอง ข้าพเจ้าถือเอาพระพุทธเจ้าเป็นสรณะ;
ทุติยัมปิ ธัมมัง สะระณัง คัจฉามิ, แม้ครั้งที่สอง ข้าพเจ้าถือเอาพระธรรมเป็นสรณะ;
ทุติยัมปิ สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ. แม้ครั้งที่สอง ข้าพเจ้าถือเอาพระสงฆ์เป็นสรณะ.
ตะติยัมปิ พุทธัง สะระณัง คัจฉามิ, แม้ครั้งที่สาม ข้าพเจ้าถือเอาพระพุทธเจ้าเป็นสรณะ;
ตะติยัมปิ ธัมมัง สะระณัง คัจฉามิ, แม้ครั้งที่สาม ข้าพเจ้าถือเอาพระธรรมเป็นสรณะ;
ตะติยัมปิ สังฆัง สะระณัง คัจฉามิ. แม้ครั้งที่สาม ข้าพเจ้าถือเอาพระสงฆ์เป็นสรณะ.

๒. เขมาเขมสรณทีปิกคาถา

หันทะ มะยัง เขมาเขมะสะระณะทีปิกะคาถาโย ภะณามะ เส.

พะหุง เว สะระณัง ยันติ ปัพพะตานิ วะนานิ จะ, อารามะรุกขะเจต์ยานิ มะนุสสา ภะยะตัชชิตา,
มนุษย์เป็นอันมาก เมื่อเกิดมีภัยคุกคามแล้ว, ก็ถือเอาภูเขาบ้าง ป่าไม้บ้าง,
อารามและรุกขเจดีย์บ้าง เป็นสรณะ; เนตัง โข สะระณัง เขมัง เนตัง สะระณะมุตตะมัง, เนตัง สะระณะมาคัมมะ สัพพะทุกขา ปะมุจจะติ,
นั่น มิใช่สรณะอันเกษมเลย, นั่น มิใช่สรณะอันสูงสุด, เขาอาศัยสรณะนั่นแล้ว ย่อมไม่พ้นจากทุกข์ทั้งปวงได้;
โย จะ พุทธัญจะ ธัมมัญจะ สังฆัญจะ สะระณัง คะโต, จัตตาริ อะริยะสัจจานิ สัมมัปปัญญายะ ปัสสะติ,
ส่วนผู้ใดถือเอาพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ เป็นสรณะแล้ว, เห็นอริยสัจจ์ คือความจริงอันประเสริฐ ๔ ด้วยปัญญาอันชอบ;
ทุกขัง ทุกขะสะมุปปาทัง ทุกขัสสะ จะ อะติกกะมัง, อะริยัญจัฏฐังคิกัง มัคคัง ทุกขูปะสะมะคามินัง,
คือเห็นความทุกข์, เหตุให้เกิดทุกข์, ความก้าวล่วงทุกข์เสียได้, และหนทางมีองค์ ๘ อันประเสริฐเครื่องถึงความระงับทุกข์;
เอตัง โข สะระณัง เขมัง เอตัง สะระณะมุตตะมัง, เอตัง สะระณะมาคัมมะ สัพพะทุกขา ปะมุจจะติ.
นั่นแหละ เป็นสรณะอันเกษม, นั่น เป็นสรณะอันสูงสุด, เขาอาศัยสรณะนั่นแล้ว ย่อมพ้นจากทุกข์ทั้งปวงได้.

๓. ติลักขณาทิคาถา

หันทะ มะยัง ติลักขะณาทิคาถาโย ภะณามะ เส.

สัพเพ สังขารา อะนิจจาติ ยะทา ปัญญายะ ปัสสะติ, เมื่อใด บุคคลเห็นด้วยปัญญาว่า สังขารทั้งปวงไม่เที่ยง;

อะถะ นิพพินทะติ ทุกเข เอสะ มัคโค วิสุทธิยา, เมื่อนั้น ย่อมเหนื่อยหน่ายในสิ่งที่เป็นทุกข์ ที่ตนหลง, นั่นแหละ เป็นทางแห่งพระนิพพาน อันเป็นธรรมหมดจด;

สัพเพ สังขารา ทุกขาติ ยะทา ปัญญายะ ปัสสะติ, เมื่อใด บุคคลเห็นด้วยปัญญาว่า สังขารทั้งปวงเป็นทุกข์;

อะถะ นิพพินทะติ ทุกเข เอสะ มัคโค วิสุทธิยา, เมื่อนั้น ย่อมเหนื่อยหน่ายในสิ่งที่เป็นทุกข์ ที่ตนหลง, นั่นแหละ เป็นทางแห่งพระนิพพาน อันเป็นธรรมหมดจด;

สัพเพ ธัมมา อะนัตตาติ ยะทา ปัญญายะ ปัสสะติ, เมื่อใด บุคคลเห็นด้วยปัญญาว่า ธรรมทั้งปวงเป็นอนัตตา;

อะถะ นิพพินทะติ ทุกเข เอสะ มัคโค วิสุทธิยา, เมื่อนั้น ย่อมเหนื่อยหน่ายในสิ่งที่เป็นทุกข์ ที่ตนหลง, นั่นแหละ เป็นทางแห่งพระนิพพาน อันเป็นธรรมหมดจด;

อัปปะกา เต มะนุสเสสุ เย ชะนา ปาระคามิโน, ในหมู่มนุษย์ทั้งหลาย, ผู้ที่ถึงฝั่งแห่งพระนิพพานมีน้อยนัก;

อะถายัง อิตะรา ปะชา ตีระเมวานุธาวะติ, หมู่มนุษย์นอกนั้น ย่อมวิ่งเลาะอยู่ตามฝั่งในนี้เอง;

เย จะ โข สัมมะทักขาเต ธัมเม ธัมมานุวัตติโน, ก็ชนเหล่าใด ประพฤติสมควรแก่ธรรม ในธรรมที่ตรัสไว้ชอบแล้ว;

เต ชะนา ปาระเมสสันติ มัจจุเธยยัง สุทุตตะรัง, ชนเหล่านั้น จักถึงฝั่งแห่งพระนิพพาน, ข้ามพ้นบ่วงแห่งมัจจุ ที่ข้ามได้ยากนัก;

กัณ์หัง ธัมมัง วิปปะหายะ สุกกัง ภาเวถะปัณฑิโต, จงเป็นบัณฑิตละธรรมดำเสีย แล้วเจริญธรรมขาว;

โอกา อะโนกะมาคัมมะ วิเวเก ยัตถะ ทูระมัง, ตัต์ราภิระติมิจเฉยยะ หิต์วา กาเม อะกิญจะโน. จงมาถึงที่ไม่มีน้ำ จากที่มีน้ำ, จงละกามเสีย, เป็นผู้ไม่มีความกังวล, จงยินดีเฉพาะต่อพระนิพพาน อันเป็นที่สงัด ซึ่งสัตว์ยินดีได้โดยยาก.

๔. โอวาทปาฏิโมกขคาถา

หันทะ มะยัง โอวาทะปาติโมกขะคาถาโย ภะณามะ เส.

สัพพะปาปัสสะ อะกะระณัง, การไม่ทำบาปทั้งปวง;
กุสะลัสสูปะสัมปะทา, การทำกุศลให้ถึงพร้อม;
สะจิตตะปะริโยทะปะนัง, การชำระจิตของตนให้ขาวรอบ;
เอตัง พุทธานะสาสะนัง. ธรรม ๓ อย่างนี้ เป็นคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าทั้งหลาย.
ขันตี ปะระมัง ตะโป ตีติกขา, ขันติ คือความอดกลั้น เป็นธรรมเครื่องเผากิเลสอย่างยิ่ง;
นิพพานัง ปะระมัง วะทันติ พุทธา, ผู้รู้ทั้งหลาย กล่าวพระนิพพานว่าเป็นธรรมอันยิ่ง;
นะ หิ ปัพพะชิโต ปะรูปะฆาตี, ผู้กำจัดสัตว์อื่นอยู่ ไม่ชื่อว่าเป็นบรรพชิตเลย;
สะมะโณ โหติ ปะรัง วิเหฐะยันโต. ผู้ทำสัตว์อื่นให้ลำบากอยู่ ไม่ชื่อว่าเป็นสมณะเลย.
อะนูปะวาโท อะนูปะฆาโต, การไม่พูดร้าย, การไม่ทำร้าย;
ปาติโมกเข จะ สังวะโร, การสำรวมในปาติโมกข์;
มัตตัญญุตา จะ ภัตตัส์มิง, ความเป็นผู้รู้ประมาณในการบริโภค;
ปันตัญจะ สะยะนาสะนัง, การนอน การนั่ง ในที่อันสงัด;
อะธิจิตเต จะ อาโยโค, ความหมั่นประกอบในการทำจิตให้ยิ่ง;
เอตัง พุทธานะสาสะนัง. ธรรม ๖ อย่างนี้ เป็นคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าทั้งหลาย.

คำสมาทานพระกัมมัฏฐาน

อุกาสะ อุกาสะ ณ โอกาสบัดนี้ ข้าพเจ้า ขอสมาทานเอา
ซึ่งพระกัมมัฏฐาน ขอขณิกสมาธิ อุปจารสมาธิ อัปปานาสมาธิ
และวิปัสสนาญาณ จงบังเกิดมีในขันธิสันดานของข้าพเจ้าๆ
จะตั้งสติกำหนดไว้ที่รูปยืน ในขณะยืน โดยกำหนดว่า รูปยืน
จะตั้งสติกำหนดไว้ที่รูปก้าว ในขณะก้าว โดยกำหนดว่า รูปก้าว
จะตั้งสติกำหนดไว้ที่ รูปนอน ในขณะนอน โดยกำหนดกว่ารูปนอน
เป็นต้น ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปเทอญ

คำแนะนำในการเริ่มเจริญสมาธิกัมมัฏฐาน

อุชุงกายัง ตั้งกายให้ตรง ดำรงสติให้มั่น หลับตาลงเบา ๆ เอาสติกำหนดว้าที่ท้องเหนือสะดือ 2 นิ้ว ท้องพองขึ้นให้กำหนดว่า พองหนอ ท้องยุบลงให้กำหนดว่า ยุบหนอ ทำติดต่อกันไป จนกว่าจะสมควรแก่เวลา เริ่มได้ ณ บัดนี้

(เจริญสมาธิ)

คำแนะนำในการยุติการเจริญสมาธิกัมมัฏฐาน

บัดนี้ ได้เวลาอันสมควรแล้ว ลืมตาขึ้นเบา ๆ ค่อย ๆ ยกมือมาวางบนหัวเข่า ค่อย ๆ เหยียดขาออก นั่งหรือยืนปรับอิริยาบถให้สบาย ๆ แล้วเข้าสู่การแผ่เมตตาและแผ่ส่วนกุศลต่อไป

บทแผ่เมตตาแก่ตนเอง

อะหัง สุขิโต โหมิ ขอให้ข้าพเจ้ามีความสุข
นิทฺทุกโข โหมิ ปราศจากความทุกข์
อะเวโร โหมิ ปราศจากเวร
อัพยาปัชโฌ โหมิ ปราศจากอุปสรรคอันตรายทั้งปวง
อะนีโฆ โหมิ ปราศจากความทุกข์กายทุกข์ใจ
สุขี อัตตานัง ปะริหะรามิ มีความสุขกาย สุขใจ รักษาตนให้พ้น จากทุกข์ภัยทั้งสิ้นเถิด

บทแผ่เมตตาให้สรรพสัตว์

สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิดแก่ เจ็บตาย ด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น
อะเวโร โหนตุ จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีเวรแก่กันและกันเลย
อัพยาปัชฌา โหนตุ จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้เบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย
อะนีฆา โหนตุ จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจเลย
สุขี อัตตานัง ปะริหะรันตุ จงมีความสุขกาย สุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยทั้งสิ้นเถิด

บทแผ่ส่วนกุศล

อิทัง เม มาตาปิตูนัง โหตุ สุขิตา โหนตุ มาตาปิตะโร ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่มารดาบิดาของข้าพเจ้า ขอให้มารดาบิดาของข้าพเจ้า มีความสุข

อิทัง เม ญาตีนัง โหตุ สุขิตา โหนตุ ญาตะโย ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่ญาติทั้งหลายของข้าพเจ้าขอให้ญาติทั้งหลายของข้าพเจ้ามีความสุข

อิทัง เม คุรูปัชฌายาจริยานัง โหตุ สุขิตา โหนตุ คุรูปัชฌายาจริยา ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่ครูอุปัชฌาย์อาจารย์ของข้าพเจ้า ขอให้ครูอุปัชฌาย์อาจารย์ของข้าพเจ้ามีความสุข

อิทัง สัพพะเทวะตานัง โหตุ สุขิตา โหนตุ สัพเพ เทวา ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่เทวดาทั้งหลายทั้งปวง ขอให้เทวดาทั้งหลายทั้งปวงมีความสุข

อิทัง สัพพะเปตานัง โหตุ สุขิตา โหนตุ สัพเพ เวรี ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่เจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายทั้งปวง ขอให้เจ้ากรรมนายเวรทั้งหลายทั้งปวง มีความสุข

อิทัง สัพพะสัตตานัง โหตุ สุขิตา โหนตุ สัพเพ สัตตา ขอส่วนบุญนี้จงสำเร็จแก่สัตว์ทั้งหลายทั้งปวง ขอให้สัตว์ทั้งหลายทั้งปวงมีความสุขทั่วหน้ากัน เทอญ

****

ภาคผนวก จ
ค่า IOC และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ค่า IOC

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EX1	46	.00	1.00	.8913	.31470
EX2	46	.00	1.00	.8261	.38322
EX3	46	.00	1.00	.9130	.28488
EX4	46	.00	1.00	.8478	.36316
EX5	46	.00	1.00	.8696	.34050
Valid N	46				

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
A1	3.6667	.4795	30.0
A2	3.5333	.5074	30.0
A3	3.6333	.4901	30.0
A4	3.7667	.4302	30.0
A5	3.1667	.6989	30.0
A6	3.4667	.5713	30.0
A7	3.3000	.5960	30.0
A8	3.4333	.5683	30.0
A9	3.4333	.5683	30.0
A10	3.6333	.4901	30.0
A11	3.2333	.6261	30.0
A12	3.3667	.6687	30.0
A13	3.3000	.7022	30.0
A14	3.3667	.5561	30.0
A15	3.2333	.5040	30.0
A16	3.4333	.5683	30.0
A17	3.2667	.4498	30.0
A18	3.5000	.5085	30.0
A19	3.4000	.4983	30.0
A20	3.3667	.4901	30.0
A21	3.3333	.4795	30.0
A22	3.4667	.5074	30.0
A23	3.4667	.5074	30.0
A24	3.3667	.4901	30.0
A25	3.5333	.5074	30.0
A26	3.4000	.4983	30.0
B1	3.1333	.3457	30.0
B2	3.4000	.4983	30.0
B3	3.4667	.5074	30.0
B4	3.5333	.5074	30.0
B5	3.4000	.4983	30.0
B6	3.5667	.5040	30.0
B7	3.6333	.4901	30.0
B8	3.7000	.4661	30.0

B9	3.3667	.4901	30.0
B10	3.5333	.5074	30.0
B11	3.4667	.5074	30.0
B12	3.3333	.4795	30.0
B13	3.2333	.4302	30.0
B14	3.4333	.5040	30.0
B15	3.6667	.4795	30.0
B16	3.5667	.5040	30.0
B17	3.7333	.4498	30.0
B18	3.6000	.4983	30.0
B19	3.6667	.4795	30.0
B20	3.6333	.4901	30.0

N of Cases = 30.0 N of Items = 46

Alpha = .8915

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	:	พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน)
เกิด	:	วันที่ ๒๗ เดือน สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๑๙
ภูมิลำเนา	:	๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลตาวัง อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๒๓๐
การศึกษา	:	พ.ศ. ๒๕๕๐ พุทธศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตสุรินทร์
	:	พ.ศ. ๒๕๕๒ พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ประสบการณ์การทำงาน	:	กรรมการสนามหลวงแผนกธรรม ๒๕๔๙-ปัจจุบัน
	:	ครูพระสอนศีลธรรมในโรงเรียน ๒๕๔๘-ปัจจุบัน
	:	พระวิทยากรค่ายพุทธบุตร ๒๕๔๙-ปัจจุบัน
ผลงานทางวิชาการ	:	บทความ เรื่อง “การประยุกต์ใช้สัมมาวาจาเพื่อการบริหารงานของผู้นำ”. ใน **พุทธธรรมกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ**, ๒๕๕๔.
	:	บทความ เรื่อง “พุทธจริยศาสตร์กับปัญหาปาณาติบาตในพระพุทธศาสนาเถรวาท”. ใน **วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์**. ปีที่ ๘ ฉบับพิเศษ, ๒๕๕๕.
	:	บทความ เรื่อง “ขบวนการสรรโวทัยกับการพัฒนามนุษย์สู่ความเป็นพลเมืองโลก”. ใน **วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์.** ปีที่ ๙ ฉบับพิเศษ, ๒๕๕๖.
	:	บทความ เรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยธรรมปฏิบัติในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี”. **วารสารสวนปรุง**. ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน), ๒๕๕๘.
		บทความ เรื่อง “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ”. **วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต**. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน), ๒๕๕๘.
ที่อยู่ปัจจุบัน	:	วัดใหม่เจริญผล ถนนแสงชูโต ตำบลท่าเรือ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ๗๑๑๓๐
	:	โทร ๐๘-๔๘๒๘-๒๐๓๖ Email : dn.2519@gmail.com.
เข้ารับการศึกษา	:	๑ มิถุนายน ๒๕๕๓