

บทวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนที่เลือกสรร HEALTH BEHAVIOR BASED ON THE SUFFICIENCY ECONOMY PHILOSOPHY IN PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS IN SELECTED COMMUNITY

นันทภรณ์ นรินทร์นอก*

สมนึก สกุลหงส์โสภณ** แสงทอง ชีระทองคำ***

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อาศัยในชุมชนที่เลือกสรร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 33 คน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ตามลักษณะบุคคลที่ใกล้เคียงกันใน 5 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการประชุม/การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้พอเพียง ไม่ฟุ่มเฟือย 2) การพออยู่ พอกิน และ 3) การประหยัด เก็บออม ส่วนความหมายสุขภาพพอเพียงในมุมมองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทำไม่เกินกำลัง 2) การทำอย่างมีความสุข 3) การพึ่งตนเองก่อน และ 4) การใช้จ่ายด้านสุขภาพที่พอดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบรูปแบบ 3 อ. 1 ส. และ 3 ข. ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบสำคัญคือ 1) การบริโภคแต่พอดี 2) การออกกำลังกายให้อยู่ในวิถีชีวิต 3) การจัดการด้านจิตใจ 4) การจัดการเรื่องบุหรี 5) การจัดการด้านการใช้จ่าย 6) การใช้บริการสุขภาพ และ 7) การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพควรขยายการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังจากเดิมคือ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา) ตามบริบทของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเพิ่มอีก 3 ข. (การใช้จ่าย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ) อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพพอเพียงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง/ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง/ พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบหลัก: อาจารย์สมนึก สกุลหงส์โสภณ

* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

This descriptive qualitative research design was undertaken to study health behaviors based on the Sufficiency Economy Philosophy in persons with chronic illness in a selected community. Thirty three purposive samples were divided to five groups following their characteristics that consisted of five diseases. Data were collected by focus group discussions, and analyzed by using descriptive statistics and content analysis

The sufficiently economic definition in participants' perspectives was divided into three aspects: reasonably sufficient use, adequate consumption, and economic use. In addition, the health sufficiency meaning had four attributes: not working hard, being happy, self sufficiency and sufficient spending related to health. Chronic Health behavior model was three E one S and three U. In addition, health behaviors based on the sufficiency economy consists of seven characteristics: sufficient food intake, daily life exercise, psychological management, medicine management, health service utilization, health information management and smoking management.

These findings suggested that health care officers should plan to promote health behaviors based on persons with in the chronic illness's context, leading to health sufficiency. Not only three E (Eating, exercise, emotion) two S (Stop drinking, stop smoking) for healthy behavior, but also three U (Drug using, health service using, and health information using) need to be done in person with chronic illness.

Keywords: Persons with chronic illness/ The sufficiency philosophy/ Health behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก (World Health Organization, 2011) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา สิ่งสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การรับประทานยา และการตรวจตามนัด ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) ซึ่งมีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณ

และคุณภาพในการพัฒนารูปแบบต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น หลักการบริโภคอาหารเพื่อลดความดันเลือด (Dietary approaches to stop hypertension: DASH) (Hamden, Frayn, & Hodson, 2010; Kaplan, & Schub, 2012) การให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Sargent, Forrest & Parker, 2012) การส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างแรงจูงใจ (Ingeroll & Cohen, 2008) การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพ (วิจิตร วรรณระวุฒิ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และ หทัยชนก บัวเจริญ, 2555) เป็นต้น แต่กลับพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่สามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิชัย เอกพลากร, 2552)

งานวิจัยส่วนหนึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิต มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ทั้งในด้านลบและด้านบวก ดังเช่น วิถีชีวิตการทำงาน ทารายได้ทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย (จิรียา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชโยยั้งยงค์, นาดยา วงศ์ยะรา, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และเบญจวรรณ ศรีโยธิน, 2553) ความเชื่อในเรื่องการรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ทำให้มีแรงในการทำงาน และการรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว ทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ (เกจรีย์ พันธุ์เขียน, 2549) การปรับมื้อยามตามเวลารับประทานอาหารเช้าในถือศีลอด ทำให้ขาดยา (อนุชาติ สำเภารัตน์, 2554) หรือ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ (Baldacchino et al., 2013) สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้นั้น ส่วนหนึ่งต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม (Tsai, Morton, Mangione, & Keeler, 2005)

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมีพื้นฐานมาจาก ศาสนา และวิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนไทย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ (รัชกาลที่ 9) พระราชทานเพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนดำเนินชีวิตในทางสายกลาง ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพอเพียง ประกอบด้วย ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดีพร้อมรับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ มีความรอบรู้และมีคุณธรรม (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2550) เศรษฐกิจพอเพียง เป็นการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความสมดุล บนพื้นฐานของความพอเพียง ทั้งในตัวบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยเริ่มจากการพัฒนาความคิด

และจิตใจของบุคคล ร่วมกับส่งเสริมความร่วมมือและความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน (มณี อากานันท์กกุล, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, อภา ยิงประดิษฐ์, และรุจา ภูไพบูลย์, 2554) มีการใช้สติปัญญาในการเรียนรู้ร่วมกัน บนพื้นฐานศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน จนสามารถดำเนินชีวิตด้วยความพอประมาณทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม สามารถพึ่งพาอุ้มชูตนเองด้วยความพอประมาณ ความมีเหตุผลทางหลักวิชาการ และคุณธรรมประจำตน จนเกิดการพึ่งพาตนเองอย่างพอเพียง และยั่งยืนในสังคม (คณะทำงานจัดทำหนังสือเรียนรู้หลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, 2554)

การทบทวนงานวิจัยเรื่องแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่นำมาประยุกต์ทางด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาชุมชนที่มีสุขภาพดี เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย (นารีรัตน์ ผุดผ่อง, สมศักดิ์ มงคลธนะวัฒน์, จิตติมา เตียววัฒนวิวัฒน์, รัตนา คัมภีรานนท์, และขวัญจิตต์ จุฬาพิพัฒน์, 2554; รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2555) โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ทรัพยากรบุคคล ศาสนา วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความเชื่อดั้งเดิมของชุมชน (นารีรัตน์ ผุดผ่อง และคณะ, 2554; สยาม พูเจริญ, 2550) แต่การศึกษาเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีจำนวนจำกัด เช่น การศึกษาการพัฒนาความสมดุลในชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ขวัญตา บาลทิพย์, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, และศิริวรรณ พิริยคุณธร, 2554) การแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน (สยาม พูเจริญ, 2550) และการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (พิสิษฐ์ พิริยาพรณ, 2552) ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนที่ประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิต สามารถสร้างความเข้าใจพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง จึงสนใจศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวทางการดำรงชีวิต ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงมีพระราชดำรัสแก่ประชาชนชาวไทย มาเป็นเวลายาวนานกว่า 40 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของ

ประเทศไทย ให้สามารถดำรงอยู่ได้ ด้วยความมั่นคงและยั่งยืนในกระแสโลกาภิวัตน์ ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2550) มิติและความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงได้ถูกนำมาตีความตามมุมมองของนักวิชาการต่างๆ คือ ความสมดุล ทั้งตนเอง พัฒนาการ อุ่มชูตนเอง มีครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็งเป็นเครื่องมือพัฒนาเศรษฐกิจ เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ บนพื้นฐานของจิตใจที่เอื้ออาทรต่อผู้อื่น วิถีชีวิตของชุมชนที่สัมพันธ์อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อม (ประเวศ วะสี, 2550; สุเมธ ตันติเวชกุล, 2554; สุรเกียรติ์ เสถียรไทย, 2542; อภิชัย พันธเสน, 2549) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มิติและความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง

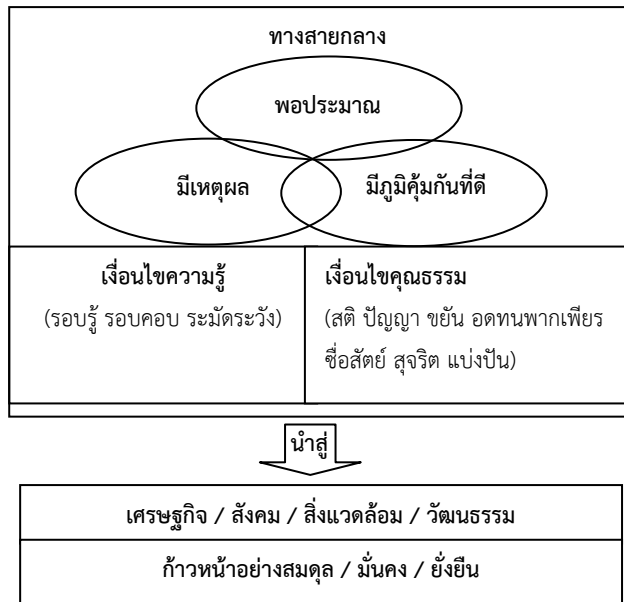
มิติและความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง	สุเมธ ตันติเวชกุล	ประเวศ วะสี	อภิชัย พันธเสน	สุรเกียรติ์ เสถียรไทย
ความสมดุล		●	●	
พึ่งตนเอง พัฒนาการ อุ่มชูตนเอง	●	●	●	●
ครอบครัว		●		
ชุมชนเข้มแข็ง		●		●
จิตใจ		●		●
สิ่งแวดล้อม สังคม		●	●	●
วิถีชีวิต วัฒนธรรม		●	●	●
เศรษฐกิจ พอมีพอกิน	●	●	●	●

อย่างไรก็ตามสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2549) ได้สรุปปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ซึ่งต้องครบทุกองค์ประกอบ เพื่อให้เกิดความพอเพียงที่สมบูรณ์โดยพอประมาณ หมายถึง ความพอดี ไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น มี

เหตุผล หมายถึง การตัดสินใจดำเนินการเพื่อนำสู่ความพอเพียงจะต้องมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ มีภูมิคุ้มกันที่ดี หมายถึง การปรับตัวและรับมือได้อย่างทันที่ทันที่โดยมีการเตรียมตัวให้พร้อมต่อการรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และคำนึงถึงความเป็นไปได้ของ

สถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่ความพอเพียง ต้องอาศัย 2 เงื่อนไข ทั้งความรู้ และคุณธรรมเป็นพื้นฐาน เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้ รอบคอบ และระมัดระวัง โดยมีความรอบรู้รอบด้านเกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความรอบคอบ

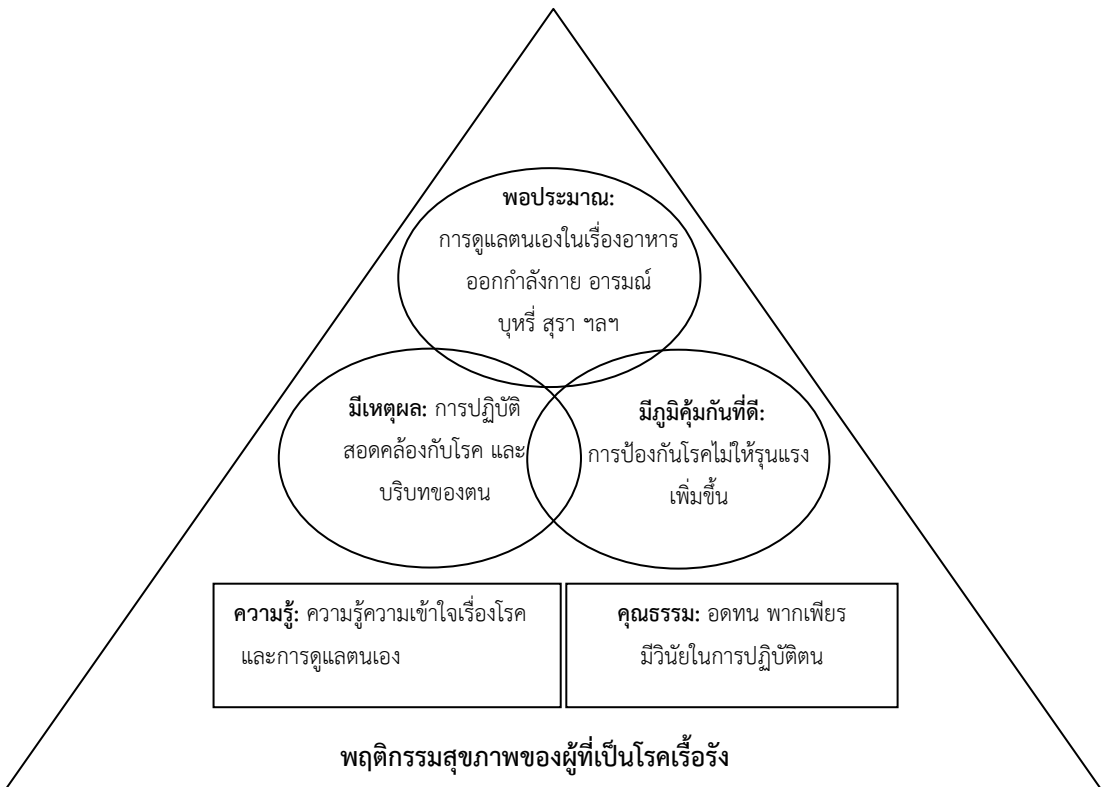
ในการนำความรู้ไปใช้ในการพิจารณาเชื่อมโยงวางแผน และมีความระวังในทุกขั้นตอนการปฏิบัติ เงื่อนไขคุณธรรม ประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทน ความเพียร การมีสติ และปัญญาในการดำเนินชีวิต



แผนภูมิที่ 1 แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ เป็นการบูรณาการแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) ใน 3 ด้านคือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) 1) พอประมาณ ความพอดี ไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น 2) มีเหตุผล การตัดสินใจพิจารณาปฏิบัติจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบคอบ และ 3) มีภูมิคุ้มกัน การเตรียมตัวพร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต ภายใต้ 2 เงื่อนไข ได้แก่ ความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้ รอบคอบ และระมัดระวัง โดยมีความรอบรู้รอบด้านเกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความรอบคอบในการนำความรู้ไปใช้ในการพิจารณาเชื่อมโยงสู่การ

ปฏิบัติ และคุณธรรม ประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม ความอดทน ความเพียร การมีสติ และปัญญา มีวินัยในการปฏิบัติ (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2550) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง โดยผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มเป็นการศึกษาในบริบทของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ ซึ่งมีส่วนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพพอเพียง โดยพิจารณา 3 หัว และ 2 เงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยนำเข้า ทำให้เกิดกระบวนการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นดังแผนภูมิแนวคิดที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งดำเนินงานพัฒนาชุมชนเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงจนได้รับรางวัล การศึกษครั้งนี้ใช้วิธีสนทนา

กลุ่ม รวม 5 กลุ่ม จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2556 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 โรค และได้รับการรักษาด้วยอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษครั้งนี้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) และกล้องถ่ายภาพ ประเด็นคำถามสร้างโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจ

พอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงข้อความแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับชุมชนที่ทำ การศึกษาจำนวน 8 คน แนวคำถามหลักและคำถามรองในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียง การประยุกต์ความพอเพียงในการดูแลสุขภาพก่อนและขณะเป็นโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น 1) ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร 2) ท่านเคยได้ยินหรือมีประสบการณ์ ในเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงมาอย่างไรบ้าง 8) ท่านมีการวางแผนเตรียมพร้อมอย่างไร ในเวลาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ลองยกตัวอย่างให้ฟัง 9) ถ้าพูดถึงเรื่องวินัยและระมัดระวังในการดูแลสุขภาพของตนเอง ท่านปฏิบัติอย่างไร (เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น) 12) ที่ผ่านมามีท่านหาความรู้ เพื่อดูแลตนเองอย่างไร 13) ที่ผ่านมามีท่านเป็นโรคเรื้อรัง ท่านเคยมีประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน มาใช้ในการดูแลสุขภาพของท่านอย่างไร 17) ความพอเพียงทางด้านสุขภาพควรเป็นอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลาและประโยชน์ของการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้ากลุ่มสนทนาสามารถไม่ตอบคำถามหรือยุติการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ ซึ่งการศึกษานี้เป็นระยะ

แรกของการวิจัยเรื่องการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว (รหัส ID 03-56-55 ย)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกระบวนการ 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน โดยประชุมทำความเข้าใจเรื่องวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการ หน้าที่รับผิดชอบ และความพร้อมของสถานที่ โดยเข้าชุมชนเพื่อแนะนำตัวแก่ผู้นำและแกนนำชุมชน สังเกตลักษณะทางกายภาพของพื้นที่และวิถีชีวิตของชุมชน รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยแก่กลุ่มเป้าหมาย ติดต่อดำเนินการ สถานที่ ในการสนทนากลุ่ม 2) ระยะดำเนินการ ทำการสนทนากลุ่มตามทีมนัดไว้จำนวน 5 กลุ่มๆ ละ 1 ครั้ง จำนวน 4-8 คนต่อกลุ่ม ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มแตกต่างกัน ระหว่าง 45-100 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ากลุ่มสนทนา

ผู้เข้ากลุ่มสนทนา จำนวน 33 ราย เป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 57.58 และ 42.42 ตามลำดับ อายุระหว่าง 42-91 ปี อายุเฉลี่ย 64.88 ปี (SD = 13.31) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.58 ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.45 รายได้

เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10,413.79 บาท (SD = 11,937.90) ซึ่งส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า ค่าเฉลี่ย จึงนำเสนอข้อมูลรายได้ครอบครัวด้วยค่า ฐานนิยม เท่ากับ 10,000 บาท และมีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 45.45 ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค เรื้อรัง 9.79 ปี (SD = 9.09) ระยะเวลาเฉลี่ยการ รับประทานยา 9.48 ปี (SD = 9.05) จำนวนสมาชิก เฉลี่ยในครอบครัว 4.79 คน (SD = 2.01) นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.97 มี 1 ราย นับถือศาสนา คริสต์ และเป็นพระภิกษุจำนวน 4 ราย โดยแบ่งตาม ลักษณะรายกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานหรือความ ดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 โรค อายุ 44 -77 ปี การใช้ ยา 1-10 ปี

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่เป็นโรคร่วมเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง อายุ 42-72 ปี การใช้ยา 1-35 ปี

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้ที่เป็นโรคไตเป็นส่วนใหญ่ และโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 51-86 ปี การใช้ยา 6-40 ปี

กลุ่มที่ 4 คือ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจเป็นส่วนใหญ่ และโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 65-91 ปี การใช้ยา 2-20 ปี

กลุ่มที่ 5 คือพระภิกษุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต หรือหลอดเลือดสมอง อายุ 63-78 ปี การใช้ยา 7-20 ปี

2. ความหมายเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพ พอเพียง

ผู้เข้ากลุ่มสนทนาให้ความหมายของ เศรษฐกิจพอเพียงไว้ว่า เป็นการดำเนินชีวิตบนมิติ สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การใช้พอเพียง ไม่ฟุ่มเฟือย หมายถึง การดำเนินชีวิตด้วยการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม หรือ การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ดังคำบอกเล่าของชาย เป็นโรคหัวใจ อายุ 77 ปี “ใช้พอเพียงของเรา เราไม่

ฟุ่มเฟือย ไม่อะไรจนเกินไป...รู้จักกิน รู้จักใช้” และ หญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 42 ปี “จดบัญชี เหมือนมีกระปุก ค่าน้ำ ค่าไฟ...พอสิ้นเดือน เราไม่ ตาย”

2. การพออยู่ พอกิน หมายถึง การดำเนิน ชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเอง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น การปลูกผักสวนครัวไว้รับประทาน ดังคำบอกเล่า ของหญิงเป็นโรคเบาหวาน อายุ 80 ปี “เราปลูกผัก กินเอง ไม่ต้องซื้อ...เราก็กินเองไม่ต้องซื้อ”

3. การประหยัด เก็บออม หมายถึง การ ดำเนินชีวิตในการใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น จนเหลือเก็บ ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคหัวใจ อายุ 77 ปี “ต้องใช้อย่างจั้น อย่างจั้น...จะเหลือกินเหลือใช้...มัน ต้องเหลือเก็บ จะเอาจนหมดไม่ได้”

สำหรับสุขภาพพอเพียง ผู้เข้ากลุ่มสนทนาให้ ความหมายไว้ว่า เป็นการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพ ใน 4 ด้าน คือ

1. การทำไม่เกินกำลัง หมายถึง การดูแล สุขภาพด้านร่างกาย โดยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตาม ชีตความสามารถของร่างกาย ดังคำบอกเล่าของหญิง เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไต อายุ 63 ปี “ทำให้ พอดีกับร่างกายของเรา...ทำงานหนัก เกินกำลัง หรือ ไม่ได้พัก ร่างกายของเรา ก็ไม่ไหว...”

2. การทำอย่างมีความสุข หมายถึง การดูแล สุขภาพด้านจิตใจ โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วย จิตใจที่มีความสุข ดังคำบอกเล่าของชายเป็น โรคเบาหวาน อายุ 65 ปี “พอเพียง ก็คือ เรามี ความสุข...เราทำอะไรแล้ว มีความสุข สุขภาพมันก็ดี คือ...เราทำงานสนุก สุขภาพเราก็ดี ทั้งกำลังกาย กำลังใจ”

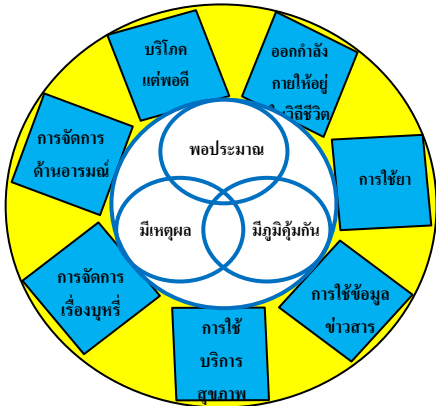
3. การพึ่งตนเองก่อน หมายถึง การดูแลสุขภาพ ด้านสังคม โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นจนเต็มกำลังความสามารถ

ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อายุ 86 ปี “พยายามช่วยตัวเอง อันไหนทำไม่ได้ก็บอกเขา (ภรรยา)”

4. การใช้จ่ายด้านสุขภาพที่พอดี หมายถึง การดูแลสุขภาพด้านเศรษฐกิจ โดยปรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้เหมาะสม ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อายุ 44 ปี “เป็นที่แรกไม่ได้ปรับ มีแต่เงินเพิ่ม..เราก็ต้องปรับลดลงเพราะรักษาเท่าไร เท่าไร มันก็ไม่หาย ก็เอาแต่พอดี”

3. พฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ผลการศึกษาพบ รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังคือ 3 อ. 1 ส 3 ข คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การหยุดสูบบุหรี่ การใช้ยา การใช้บริการสุขภาพ การใช้ข้อมูลข่าวสาร ใน 7 ด้าน คือ



1. การบริโภคแต่พอดี ผู้เข้ากลุ่มสนทนาให้ความหมายของการบริโภคแต่พอดีคือ บริโภคเหมาะสมกับสุขภาพ และวิธีการบริโภค 1) **บริโภคเหมาะสมกับสุขภาพ** หมายถึง ความพอประมาณด้านปริมาณ และรสชาติของอาหาร ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 68 ปี “กิน..พอประมาณ ไม่มาก...กินให้รู้

รสชาติเท่านั้น” 2) **วิธีการบริโภค** หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารอย่างมีเหตุผล โดยการเลือกชนิดอาหาร งดอาหารบางชนิด และบริโภคลดลง ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง อายุ 56 ปี “ฉันไม่ได้ซื้อกับข้าว ลูกสะใภ้ซื้อ แต่ฉันก็เลือกว่า ไม่กินพวกหวาน พวกไขมัน” และหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อายุ 65 ปี “ก็ตามใจปากเหมือนกัน...แต่น้อยหน่อย พอสองสามคำ พอหวานชุ่มคอ...เมื่อดิฉัน ท่องหยอด เมื่อก่อนชอบ แต่ตอนนี้ต้องลด...กินแค่หายอยาก” โดยบางรายให้เหตุผลของการงดอาหารบางชนิด โดยเปรียบอาหารเหล่านั้นเหมือนยาพิษ ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 84 ปี “ของมัน...ชอบมากเลย...มันเป็นยาพิษ...ทุกวันก็ยังไม่อยากกินแบบนั้น แต่อัดเอา อัดใจ...ส่วนทุเรียนไม่ค่อยได้ทานหรอก แผลงมากเลย...กินแล้วจะไม่สบายเลย เวียนหัว ลืมหูลืมตาไม่ขึ้น เลยเลิกทาน”

2. การออกกำลังกายให้อยู่ในวิถีชีวิต ผู้เข้ากลุ่มสนทนามีการออกกำลังกายเป็นประจำ แต่บางส่วนออกกำลังกายเป็นระยะ 1) **ออกกำลังกายเป็นประจำ** หมายถึง การออกกำลังกายโดยสอดแทรกในวิถีชีวิตจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง อายุ 56 ปี “ทำงานบ้าน...ทำกับข้าว กวาดบ้านถูบ้าน...เหงื่อเต็ม ก็เหมือนได้ออกกำลังกายไปในตัว” การเดินปีนเขาของพระภิกษุเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 78 ปี “ปีนเขาที่บริหารกาย วันตั้งสามสี่กิโล แล้วก็ล้างซาม ซักผ้า ตอนเพลก็ตีกลอง ตีระฆัง” หรือการเสริมการออกกำลังกายเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 68 ปี “ออกกำลังกายเป็นประจำตั้งแต่หนุ่ม...”

เล่นทุกอย่างอยู่ที่บ้าน ไม่เสียดังค์ ลูกเหล็กก็ไม่ต้องซื้อ ใช้ปูนหล่อเอง..ตอนเช้า รอใส่บาตร แกว่งแขนก่อนพอใส่บาตรเสร็จ เข้าบ้านไปซิหัวฟ...” และการออกกำลังกายร่วมกันในชุมชนของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง อายุ 76 ปี “แก๊งจักรยาน...มันออกกำลังขา ผมเป็นคนชวนเขา มี 5 คน เท่านั้นเอง...ไปถึงหัวฟพลู” 2) **ออกกำลังกายเป็นระยะ** หมายถึง การออกกำลังกายที่ไม่ได้ทำเป็นประจำ ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไต อายุ 63 ปี “..ส่วนมากก็เดินบนฟุตบาท..วิ่งบ้าง ไม่ได้ปฏิบัติเป็นกิจเป็นศีล ไม่ใช่เย็น ทำทุกเย็นหรือเช้า ทำทุกเช้า นึกได้ก็ทำ...” หรือการหยุดออกกำลังกายของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง อายุ 51 ปี “ทำ..ประเดี๋ยวประด๋าวแล้วเราก็ไม่อยากจะทำต่อ ทำ...ทำไป แล้วมันก็เบื่อ”

3. **การจัดการด้านจิตใจ** หมายถึง การดูแลจิตใจของตนเองให้เป็นปกติ 2 ประเด็นคือ 1) **การจัดการกับความคิด** หมายถึง การปรับเปลี่ยนความคิดพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 77 ปี “ฉันว่านะ อะไรจะเกิด ก็ต้องเกิด คนสูงกว่าเรา เขายังไปพอถึงเวลาไป ก็ไป...คนเราก็ต้องหวังตัวเอง แต่ปล่อยวาง” หรือการยอมรับความจริงว่าเป็นผลจากการกระทำในอดีต ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง อายุ 86 ปี “ไม่เครียดครับ ก็ปกติ...เป็นกรรมของเราและเกิดจากว่าผมสูบบุหรี่วันละสามสี่ซอง ต่อวัน” 2) **การจัดการกับอารมณ์** หมายถึง การปรับเปลี่ยนอารมณ์ด้านลบเป็นด้านบวก โดยใช้วิธีการต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกสบายใจ ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคเบาหวาน อายุ 65 ปี “เวลาเครียดก็ไม่ต้องคิดถึง หางานอื่นทำ ทำบุญ ทำทาน ก็ลืมไปเอง..อย่างน้อย ก็สบายใจ” การหาที่พึ่งทางใจ ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรค หัวใจ อายุ

77 ปี “สวดมนต์ สวดพระไป ขออำนาจบุญ...เพราะบุญบารมีของท่าน (พระพุทธรูป) ให้คุ้มครองเราหรือครอบครัวของเรา ให้อบอุ่นอยู่เย็นเป็นสุข...”

4. **การจัดการด้านการใช้ยา** หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาใน 2 ประเด็นคือ 1) **ใช้ยาเป็นประจำ** หมายถึง การรับประทานยาต่อเนื่องตามประสพการณ์ ดังคำบอกเล่าของพระภิกษุเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 77 ปี “ความดัน..ฉัน(รับประทาน) ทุกวัน วันละสองครั้ง ต้องกินสม่ำเสมอตลอด ยาความดันลดไม่ได้...ลดแล้ว ขึ้นเลย” หรือการทำตามแพทย์ ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคเบาหวาน และไต อายุ 57 ปี “ก็กินยาตามหมอสั่งตลอด ที่ให้เราทาน ขนาดนั้น...นั้น เพื่อควบคุมไว้” 2) **ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง** หมายถึง การรับประทานยาไม่ติดต่อกัน เนื่องจากลืมรับประทาน ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไต อายุ 63 ปี “บางทีก็ลืมกินยา...บางทีเช้า กินข้าว กินอะไรแล้วลืมกิน” หรือการปรับยาด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง อายุ 51 ปี “วันหนึ่ง แปรถึงแก้วเม็ต...เขาให้กินเข้าเย็น แต่ผมมากินเอาสะดวกมือเดียว ตอนเย็น...”

5. **การใช้บริการสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพใน 2 ประเด็นคือ 1) **การใช้บริการสุขภาพแผนปัจจุบัน** หมายถึง การเดินทางเพื่อรับบริการสุขภาพ โดยการพึ่งตนเอง ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 68 ปี “ขับรถไปเอง ตั้งแต่แผนยังอยู่ ไปตรวจโรง...บาล ไปเองทั้งนั้น” การพึ่งครอบครัวของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง อายุ 86 ปี “โทรเข้าบ้าน...ให้ลูกออกมารับ บอก..พ่อไม่สบาย ให้เอาพ่อไปหาหมอ” และการพึ่งชุมชนของหญิงเป็นโรคเบาหวาน อายุ 80 ปี “นี่คือไปเ

(น้ำตาล) ห้าร้อยกว่า หลับไปตั้งแต่บ้าน หมอเอารถ มาใส่ไปโรง..บาล” 2) การใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน หมายถึง การทำด้วยตนเองด้วยการนำสมุนไพรมาใช้ ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 42 ปี “กินทุกชนิดที่เขายก ดอก อัญชัญ กระเจี๊ยบ อะไรที่เขาบอกว่าดี ทานหมด..” และการรักษาอื่นเสริม เช่น การแพทย์พื้นบ้าน มาใช้ ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ดังคำบอกเล่าของพระภิกษุเป็นโรคเบาหวาน อายุ 63 ปี “ฉันเคย สมุนไพร หมอแมะ หมอจีน คนทรง เขาให้ยาพวก เปลือกไม้ใบไม้ เป็นหม้อ...ก็หาทั้งสองที่ คือ ทั้งแผนปัจจุบัน ทั้งแผนโบราณ บวกกัน...”

6. การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมในการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น คือ 1) ที่มาของข้อมูล หมายถึง การรับข้อมูลสุขภาพต่างๆ โดยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น เช่น บุคลากรสุขภาพ คำบอกต่อกัน เป็นต้น ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 61 ปี “หมอจะแนะนำว่า...อย่าทานอาหารเค็ม อาหารรสจัด” หญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไต อายุ 63 ปี “คำเล่าลือ...มันก็ลือกันเรื่อยมา กินแล้ว หาย คนนั้น...ก็กินหาย คนนี้...ก็กินหาย” หรือ การศึกษาจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ เป็นต้น ดังคำบอกเล่าของ หญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อายุ 65 ปี “ส่วนมากตัวฉันเอง ชอบซื้อหนังสืออ่าน...ชอบอ่านหนังสือสุขภาพ”. 2) การตรวจสอบข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลทางสุขภาพมาใช้ใน 2 แนวทาง โดยทดลองใช้ด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อายุ 65 ปี “ไบหญิงนางคั้นสด แก้วน้ำ ก่อนอาหารทุกวัน...ส่วนปอกกะปิต้มเป็นน้ำชา...แต่ก่อนร้อยแปดสิบเจ็ด เมื่อสองสามวันที่แล้ว ไปวัดที่อนามัย เหลือร้อยสิบแปด ยาหมอเราทานประจำ...” หรือทำตามผู้อื่นใช้ได้ผล ดังคำบอกเล่า

ของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง อายุ 73 ปี “น้องสาวเขาเห็นที่เป็นเบาหวาน ลูกเขาก็เป็นเบาหวาน เขาเก็บหญ้า เกล็ดปลาหมอกกลางนามาต้มให้ลูกกิน แล้วน้ำตาลลด...เขาเลยเก็บตากไว้...เอามาให้ พอกินดูน้ำตาลก็ลด แต่ฉันใส่ปอกกะปิต้มด้วย”

7. การจัดการเรื่องบุหรี หมายถึง การจัดการเรื่องบุหรีใน 2 ประเด็นย่อยคือ 1) การเลิกบุหรี โดยใช้วิธีการเลิกบุหรีใน 2 แนวทาง คือ เลิกด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต อายุ 84 ปี “อายุเขา...ใครไม่รู้ก็ว่าเป็นผู้หญิงอะไรมานั่งสูบบุหรี...ตัดได้เอง ทำได้ ก็ต้องตัดได้ อยู่ที่ใจเรา...” หรือพยายามลดจำนวนบุหรีลง ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง อายุ 86 ปี “บุหรียังสูบบ้าง ไม่สูบบ้าง...ก็แพ้ความคิด เห็นของ เราก็อ่อนแอ แต่น้อยหน่อย สี่มวนพอ” 2) การไม่เลิกบุหรี หมายถึง การที่ไม่สามารถเลิกบุหรีได้ ดังคำบอกเล่าของชายเป็นโรคหัวใจ อายุ 77 ปี “มันไม่ได้จริง..จริง...เรารู้อยู่ แต่มันก็เลิกไม่ได้ เดียว...ก็เอามาสูดอีก”

การอภิปรายผล

ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบ ด้วย 3 มิติสำคัญ ดังนี้

1. การใช้พอเพียง ไม่ฟุ่มเฟือย เป็นการดำเนินชีวิตบนหลักการเรื่องของการใช้จ่ายอย่างมีเหตุผล สอดคล้องตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า พอเพียงหมายความว่า มีกินมีอยู่ ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่หุนหันก็ได้ แต่ว่าพอ แม้บางอย่างอาจจะดูฟุ่มเฟือย แต่ถ้าทำให้มีความสุข ถ้าทำได้ก็สมควรที่จะทำ (พระราชดำรัสพระราชทาน เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต 4 ธันวาคม 2541 อ้าง ในมูลนิธิพระดาบส, 2552)

2. การพอกอยู่ พอกกิน เป็นการดำเนินชีวิตบนหลักการเรื่องพอประมาณ คือการใช้จ่ายอย่างพอดี โดยการจัดบัญชีรายรับรายจ่ายหรือการผลิตอาหารเอง สอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ขั้นที่หนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้เกษตรกรใช้ที่ดินเพาะปลูกเพื่อบริโภคสำหรับยังชีพ โดยสร้างผลผลิตอาหารตอบสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว และขายผลผลิตในส่วนที่เหลือจากการบริโภค เพื่อให้มีรายได้สำหรับใช้จ่ายในส่วนอื่นที่ไม่สามารถผลิตเองได้ (อนุรักษ์ ทองสุโขวงศ์ และศิริก สาระวดี, 2550) ร่วมกับการทำบัญชีรายรับรายจ่ายครัวเรือน เพื่อวางแผนการเงินทั้งในปัจจุบัน และอนาคต (ณดา จันทร์สม, 2554)

3. การประหยัด เก็บออม เป็นการดำเนินชีวิตบนหลักการเรื่องการใช้จ่ายอย่างมีภูมิคุ้มกัน ไม่ว่าจะมากหรือน้อย แต่ก็ใช้ประหยัดจนเหลือเก็บหรือแบ่งสัดส่วนไว้สำหรับใช้จ่ายและเก็บออม ทำให้เพิ่มเงินออมไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทั้งในปัจจุบัน และอนาคตเมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (ณดา จันทร์สม, 2554)

สำหรับความหมายของสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วย 4 มิติสำคัญ ดังนี้

1. การทำไม่เกินกำลัง เป็นการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามกำลังความสามารถของตน สอดคล้องกับคำกล่าวของวิเชียรชัย ผดุงเกียรติวงศ์ (2544) เรื่องหลักคุณลักษณะบำบัดในการออกกำลังกาย โดยเน้นทางสายกลาง มองดูความเหมาะสมของร่างกายและศักยภาพของตนเป็นหลัก ไม่ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่หนักเกินไป ไม่ใช่ใช้แรงหรือความอดทนของกล้ามเนื้อจนถึงขีดสุด

2. การทำอย่างมีความสุข เป็นการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ ด้วยการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ด้วยใจที่มีความสุข สอดคล้องกับคำกล่าวของอภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542) ที่ว่าอารมณ์หรือ

ความรู้สึกเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ หากอารมณ์เสีย ขุ่นมัว ย่อมทำให้สุขภาพทรุดโทรม หากอารมณ์ดี แจ่มใส ย่อมทำให้สุขภาพดี ดังนั้นการทำงานหรือกิจกรรมให้มีความสุขเป็นเรื่องสำคัญ ถ้ารู้สึกสนุก และมีความสุข ย่อมมีผลลัพธ์ของงานในทางที่ดี ทำให้รู้สึกภูมิใจ สุขใจ ก่อเกิดสุขภาพจิตที่พอเพียง และมีสุขภาพกายที่ดีตามมา

3. การพึ่งตนเองก่อน เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทางด้านสังคมด้วยการพึ่งพาตนเองก่อน หากประเมินแล้วเกินกำลังความสามารถจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นแนวทางการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่การปฏิบัติระดับบุคคลและครอบครัวที่มุ่งเน้นการพึ่งพาตนเอง ไม่ทำอะไรใดๆ ที่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น รู้จักแบ่งปัน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (คณะทำงานจัดทำหนังสือเรียนรู้หลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, 2554)

4. การใช้จ่ายด้านสุขภาพที่พอดี เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับคำกล่าวของจรัส สุวรรณเวลา (2544) ที่ว่า สุขภาพพอเพียงต้องมีการวิเคราะห์การใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยไม่ใช้อย่างฟุ่มเฟือย เกินพอดีกับความ ต้องการ ควรใช้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพอย่างได้ผลและคุ้มค่า เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เกินความจำเป็น

แนวคิดสุขภาพพอเพียงที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพที่หมายถึง สุขภาวะ (ประเวศ วะสี, 2550) และให้ความสำคัญกับมิติทางด้านเศรษฐกิจในการใช้จ่ายด้านสุขภาพแต่พอดี ซึ่งตรงกับแนวคิดใหม่ทางสุขภาพที่มีมิติอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง (Socio-ecological paradigm of health) เช่น ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ สภาพแวดล้อมที่มั่นคง เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าหลายการศึกษากล่าวถึงผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการใช้ยา และการรับบริการสุขภาพ (เกจรีย์ พันธุ์เขียน, 2549; จิรียา อินทนา และคณะ, 2553; พิสิษฐ์ พิรียาพรธรรม, 2552; วณีย์ ปรีชาอนันต์, 2550; Murray, Honey, Hill, Craigs, & House, 2012) แต่ในการศึกษารุ่นนี้พบพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 7 ด้าน เมื่อนำแต่ละด้านมาพิจารณาคือ

1. การบริโภคแต่พอดี เป็นพฤติกรรมการบริโภคของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างพอเหมาะพอสมควรด้วยความพอประมาณ และมีวิธีการบริโภคอย่างมีเหตุผล สอดคล้องตามหลักการบริโภคด้วยความพอเพียงของ จรัส สุวรรณเวลา (2544) ที่กล่าวว่า การบริโภคจำเป็นต้องยึดทางสายกลาง ไม่บริโภคมากหรือน้อยเกินไป ขจัดความอยากบริโภค ด้วยการลด ละ เลิก อาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (อาภาพร เฒ่าวัฒนา, 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระภิกษุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีแนวทางการบริโภคอาหารแต่พอดี สอดคล้องหลักธรรมพระพุทธศาสนา ที่ยึดหลักทางสายกลางในการรู้จักประมาณในการบริโภค หรือเรียกว่า โภชนเมตตัญญตา (ปัญญา ใช้บางยาง, 2548) คือ การพิจารณาอาหารที่รับประทาน รู้จักประมาณ รู้จักพอดี รู้จักประโยชน์ รู้จักโทษ หากรับประทานไม่พอดี อาจทำให้เกิดโทษแทนที่จะได้ประโยชน์ต่อร่างกาย [พระสำเนียง กนตธมโม (วรรณทอง), 2551]

2. การออกกำลังกายให้อยู่ในวิถีชีวิต เป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ด้วยการทำเป็นประจำทุกวัน สอดคล้องตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า ธรรมชาติของร่างกายสร้าง

มาเพื่อให้ออกแรงใช้งาน ถ้าใช้แรงอย่างเหมาะสมพอดี สม่่าเสมอ ร่างกายก็จะแข็งแรง ถ้าไม่ใช้แรงเลยหรือใช้ไม่เพียงพอ ร่างกายก็ไม่แข็งแรง ดังนั้นควรหาเวลา เพื่อการออกกำลังกายเสมอทุกวัน (พระราชดำรัสเพื่อเชิญไปอ่านในการประชุมสัมมนาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 17 ธันวาคม 2523 อ่างในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิสคตศรี, 2549) โดยควรคำนึงถึงความเหมาะสม ไม่เบาหรือหนักเกินไป (วิเชียรชัย ผดุงเกียรติวงศ์, 2544) และสามารถปฏิบัติร่วมกับการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจของแต่ละบุคคล (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542) สำหรับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ออกกำลังกายเป็นระยะหรือหยุดออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเบื่อ และเหนื่อย สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ อุปสรรคที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การตัดสินใจโดยใช้เหตุผลที่แตกต่างกัน เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ มองไม่เห็นประโยชน์ กลัวการออกกำลังกาย หรือสุขภาพไม่ดี ไม่พร้อมในการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลต่อการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ (Korkiakangas, Alahuhta, & Laitnen, 2009)

3. การจัดการด้านจิตใจ เป็นพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังด้วยการจัดการกับความคิดและจัดการกับอารมณ์โดยมีหลักธรรมคำสอนของศาสนาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ และมีแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ครอบครัว บุคคลในชุมชน และวัด เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับจิตลักษณะแบบพอเพียง ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่สามารถรับรู้ความเสี่ยง และป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนด้วยปัญญา โดยวิเคราะห์จัดการด้วยเหตุผล ร่วมกับมีคุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนค่านิยมในสังคมที่เอื้อให้เกิดชีวิตที่สมดุล (ดวงเดือน พันธมนาวิน, 2551)

4. การจัดการด้านการใช้ยา เป็นพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังด้วยการใช้ยาเป็นประจำตามคำแนะนำของแพทย์และจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดการใช้ยาแล้วทำให้เกิดปัญหาต่างๆ สอดคล้องกับหลักการการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานเท่าที่จำเป็นตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่เพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง และสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพก่อนใช้ยา (วิรัตน์ ทองรอด, 2549) แต่ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังบางส่วนที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง โดยปรับยาดูด้วยตนเอง เนื่องจากประสบการณ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงให้เหตุผลว่า รับประทานยาเฉพาะเวลามีอาการ ไม่ชอบผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา ไม่มีเวลาไปพบแพทย์หรือลืมรับประทานยา (Marshall, Wolfe, & McKeivitt, 2012)

5. การใช้บริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการใช้บริการสุขภาพทั้งแผนปัจจุบันและแบบผสมผสาน เช่น การใช้สมุนไพรด้วยการพึ่งพาตนเอง ครอบครัวยังหรือชุมชนสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ที่ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยการเรียนรู้และใช้ประโยชน์ ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย อย่างรู้เท่าทัน โดยมีระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานเพียงพอ และเข้าถึงได้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11, 2555)

6. การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการจัดการข้อมูลทั้งในส่วนของที่มาของข้อมูลสุขภาพ โดยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น หรือการศึกษาด้วยตนเอง และการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ โดยทดลองด้วยตนเอง หรือทำตามผู้อื่น สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งสำคัญคือ การมีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ โบสเตอร์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น สามารถเข้าถึงได้ และการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2551) โดยก่อนนำข้อมูลไปใช้ ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ ด้วยเหตุผลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อย่างรอบคอบ และระมัดระวัง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

7. การจัดการเรื่องบุหรี เป็นพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการเลิกบุหรีหรือแสดงให้เห็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานของความพอประมาณ เนื่องจากบุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จึงเป็นการปฏิบัติที่เบียดเบียนตนเอง ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

โดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใน 7 ด้าน ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพอเพียงตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงดังต่อไปนี้

1. ความพอประมาณ เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ไม่เบียดเบียนตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ โดยใช้แหล่งประโยชน์ทั้งในตนเอง เช่น ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ศาสนา พืชสมุนไพร เป็นต้น มาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2. ความมีเหตุผล เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ความพอประมาณ บนพื้นฐานการพิจารณาด้วยเหตุผล ตามแหล่งที่มาของความรู้ และ

หลักการพิจารณาที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยส่วนใหญ่มักตัดสินใจตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นหลัก

3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดี เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยมีภูมิคุ้มกัน สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม หรือสถานการณ์ที่นำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีระบบการรับรู้ ความคิด หรือจิตใจที่เข้มแข็ง หนักแน่น รวมทั้งประสบการณ์และความรู้ที่สะสมมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

4. เจื้อนไขความรู้คู่คุณธรรม มีการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาปรับใช้ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยความรอบรู้ รอบคอบ และระมัดระวัง ในเรื่องโรค ร่วมกับมีคุณธรรมประจำตน ทั้งในส่วนของความอดทน พากเพียร และมีวินัยในการปฏิบัติ นำสู่ความสมดุล พอเพียง และยั่งยืนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยขยายองค์ความรู้กว้างขึ้นเป็น 3 อ. 2 ส. 3 ข. ประกอบด้วย 3อ คือ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ 2ส คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อาจพอเพียงสำหรับผู้ปกติ แต่ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังควรเพิ่มอีก 3ข คือ การใช้ยา การใช้บริการสุขภาพ และ การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในบริบทสังคมที่แตกต่างกัน โดยพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือพฤติกรรมการใช้ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ปอกะบิต หย้าเกล็ดปลาหมอบ ไบหย่านาง มะรุม เป็นต้น เพื่อขยายความรู้และความเข้าใจในการรักษาด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

2. ควรมีการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเพิ่มจากเดิมที่เน้น 3 อ. 2 ส. ควรเพิ่มอีก 3 ข. จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ตามบริบทที่เป็นอยู่ได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกจूरีย์ พันธุ์เขียน. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญตา บาลทิพย์, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2554). *การพัฒนาความสมดุลในชีวิตโดยการใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคใต้*. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ:

- องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คณะทำงานจัดทำหนังสือเรียนรู้หลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. (2554). *เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง. (2550). *ประมวลคำในพระบรมราชโองการพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่พุทธศักราช ๒๔๙๓-๒๕๔๙ ที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2544). *สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- จิริยา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชยโยียงยงค์, นาดยา วงศ์ยะรา, เพ็ญจมาศ คำธนะ, และเบญจวรรณ ศรีโยธิน. (2553). *พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี*. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ณดา จันทรสสม. (2554). *การประยุกต์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับบุคคล. ในปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐกิจพอเพียง สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2551). *การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตแบบพุทธระดับในบริบทของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง*. รายงานการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นาริรัตน์ ผุดผ่อง, สมศักดิ์ มงคลธนะวัฒน์, ฐิติมา เตียววัฒน์วิวัฒน์, รัตนา คัมภีรานนท์, และขวัญจิตต์ จุฬาพิพัฒน์. (2554). *ศูนย์ศึกษาสุขภาพชุมชนตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง หมู่บ้านหนองบอน จังหวัดชลบุรี: การเปลี่ยนแปลงที่มีคุณค่าต่อชุมชน*. รายงานวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี.
- ประเวศ วะสี. (2550). *เศรษฐกิจพอเพียง และประชาสังคม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ปัญญา ใช้บางยาง. (2548). *ธรรมธิบาย: หลักธรรมในพระไตรปิฎก*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พระสำเนียง กนตธมโม (วรรณทอง). (2551). *การศึกษาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริกับการพัฒนาจิตตามหลักพระพุทธศาสนา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาปรัชญาและศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรหม .(2552). *พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง*. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1(2), 13-21.
- มณี อากานันท์กุล, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, อากายิ่งประดิษฐ์, และรุจา ภูไพบูลย์. (2554). *การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน*. *วารสารพยาบาล*, 60 (3), 5-12.
- มูลนิธิพระดาบส. (2552). *คำพ่อสอน ประมวลพระบรมราชโองการและพระราชดำรัสเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพ.

- รุจา ภูไพบูลย์, สุรียพงศ์ วัฒนาศักดิ์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี, มณี อากานันท์กุล, อากายิ่งประดิษฐ์, นิตยา สิ้นสุกใส และคณะ. (2555). กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 28-38.
- วนีย์ ปรีชาอนันต์. (2550). *ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน* วิทยาลัยพยาบาลบรมิทรราชวิทยาลัย มหาวิทาลัยบูรพา.
- วิจิตร วรรณระวุฒิ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และหทัยชนก บัวเจริญ. (2555). การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 2(26), 87-103.
- วิชัย เอกพลากร. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2549). *การใช้ยาพอเพียง*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- วิเชียรชัย ผดุงเกียรติวงศ์. (2544). สุขภาพแบบพอเพียง. *วารสารราชภัฏเพชรบุรี*, 9(2), 23-30.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 จาก <http://www.thaihypertension.org>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554*. เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม พ.ศ. 2556 จาก <http://www.diabassocthai.org>
- สยาม พูเจริญ. (2550). *ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านงามเมือง ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและมูลนิธิธิดาศรี. (2549). *คำพ่อสอน ประมวลพระบรมราโชวาทและพระราชดำรัสเกี่ยวกับความสุขในการดำเนินชีวิต*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สมุท ดันติเวชกุล. (2554). *ใต้เบื้องพระยุคลบาท* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: มติชน.
- สุรเกียรติ์ เสถียรไทย. (2542). *ทฤษฎีใหม่ในหลวง: ชีวิตที่พอเพียง*. กรุงเทพฯ: ร่วมด้วยช่วยกัน.
- อนุชาติ สำเภารัตน์. (2554). *วิถีชีวิตและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นมุสลิมในเดือนถือศีลอดและเดือนปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

- อนุรักษ์ ทองสุโขวงศ์ และศิริก สารวดี. (2550). พัฒนาการชุมชนตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์*, 24(2), 3-14.
- อภิชัย พันธเสน. (2549). *พุทธเศรษฐศาสตร์ฉบับนิสิต นักศึกษา และประชาชน*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าวิชาการ.
- อภิสิทธิ์ วิริยานนท์. (2542). *หลัก 5 อ. ทฤษฎีพอเพียงแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: น้ำฝน.
- อภาพร เฒ่าวัฒนา. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 5-9.
- Baldacchino, D., Torskenaes, K., Kalfoss, M., Borg, J., Tonna, A., Debattista, C., & et al. (2013). Spiritual coping in rehabilitation a comparative study: Part 2. *British Journal of Nursing*, 22(7), 402-408.
- Harnden, K., Frayn, K., & Hodson, L. (2010). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet: Applicability and acceptability to a UK population. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 23(1), 3-10.
- Ingersoll, K., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: A review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213-224.
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7-24.
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., & Laitnen, J. H. (2009). Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: A systematic review. *Health Promotion International*, 24(4), 416-427.
- Marshall, I., Wolfe, C., & McKeivitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systematic review of qualitative research. *British Medical Journal (Online)*, 345, doi:10.1136/bmj.e3953
- Murray, J., Honey, S., Hill, K., Craigs, C., & House, A. (2012). Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: A qualitative literature review. *British Journal of General Practice*, 62(599), 403-410.
- Sargent, G. M., Forrest, L.E., & Parker, R.M. (2012). Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: A systematic review. *International Association for the Study of Obesity*, 13(12), 1148-1171.
- Tsai, A., Morton, S., Mangione, C., & Keeler, E. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 478-488.
- World Health Organization. (2011). *Noncommunicable disease country profiles 2011*. Retrieved December 21, 2012, Form http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html