

รายงานการวิจัย

โครงการวิจัยย่อยที่ ๓ เรื่อง

สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ
Create model of preventing and reducing the redundant symptoms for the Buddhist Monk with diabetes and hypertension by self-reliance to support the reduction budget by the Government

ภายใต้แผนงานวิจัย เรื่อง

การสร้างความร่วมมือของภาครัฐพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา
Formation of Public Sector to Develop the System and Reduce the Repetitive Illness of Monks with Diabetes and Hypertension in Nakhon Ratchasima Province

โดย

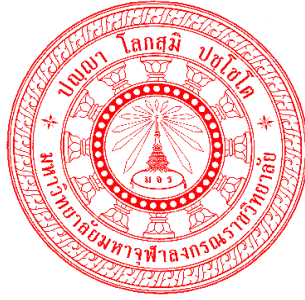
นายไพรัตน์ เอิบสำโรง

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา

พ.ศ. ๒๕๖๓

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCURS 800763039



รายงานการวิจัย

โครงการวิจัยย่อยที่ ๓ เรื่อง

สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ
Create model of preventing and reducing the redundant symptoms for the Buddhist Monk with diabetes and hypertension by self-reliance to support the reduction budget by the Government

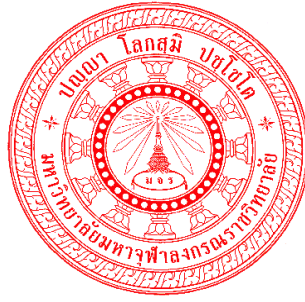
ภายใต้แผนงานวิจัย เรื่อง

การสร้างความร่วมมือของภาครัฐพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา
Formation of Public Sector to Develop the System and Reduce the Repetitive Illness of Monks with Diabetes and Hypertension in Nakhon Ratchasima Province

โดย

นายไพรัตน์ เอิบสำโรง
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา
พ.ศ. ๒๕๖๓

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
MCURS 800763039
(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Sub - Research Report 3

Create model of preventing and reducing the redundant symptoms for the Buddhist Monk with diabetes and hypertension by self-reliance to support the reduction budget by the Government

Under Research plan

Formation of Public Sector to Develop the System and Reduce the Repetitive Illness of Monks with Diabetes and Hypertension in Nakhon Ratchasima Province

BY

Mr.Phairat Oebsamrong
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Nakhon Ratchasima Campus
B.E. 2563

Research Project Funded by Mahachulalongkornrajavidyalaya University
MCURS 800763039

(Copyright Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย:	สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ
ผู้วิจัย:	นายไพรัตน์ เอิบสำโรง
ส่วนงาน:	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตราชสีมา
ปีงบประมาณ:	๒๕๖๓
ทุนอุดหนุนการวิจัย:	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) เพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ๒) สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ พระสงฆ์ผู้เป็นตัวแทน ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่วัดด้านเกวียน และ วัดดอนขวาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๓๐ รูป/คน วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผลการวิจัยพบว่า

๑. เพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การดูแลตัวเอง การจัดทำฐานข้อมูล ปฏิทินสุขภาพ ความร่วมมือ เครือข่าย และธรรมนูญพระสงฆ์

๒. สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คณะสงฆ์/วัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และโรงเรียน

Research Title: Create model of preventing and reducing the redundant symptoms for the Buddhist Monk with diabetes and hypertension by self-reliance to support the reduction budget by the Government

Researchers: Mr.Phairat Oebsamrong

Department: Mahachulalongkornrajavidyala University

Fiscal year: 2563/2020

Researcher Scholarship Sponsor: Mahachulalongkornrajavidyala University

ABSTRACT

This study aims to 1) create a model for prevention and reduction of recurring illness for monks with diabetes and self-reliant hypertension. Supporting budget reduction 2) Build a network to prevent and reduce repeated illnesses of monks with diabetes and hypertension self-reliant. To support the reduction of the government budget. Key informant. including monks who represent Community leaders in the area of Wat Dan Kwian and Wat Don Kwang Temple health volunteer (OSMEP) District health officer Public Health Officer, Tambon Health Promoting Hospital Village health volunteers (Volunteers) 30 photos / person Method of Qualitative Research

1. Model for prevention and reduction of recurring illnesses of monks with diabetes and hypertension self-reliant Supporting budget reduction consists of taking care of yourself. Preparation of database, health calendar, cooperation, network and Sangha Statute

2. Establish a network to prevent and reduce repeated illnesses for monks with diabetes and self-reliant hypertension. To support the reduction of government budget burden, consisting of public health officials Subdistrict Administrative Organization / Municipality Hospital / Health Promoting Hospital of the Sangha / Temple Public Health Volunteers Village volunteers Mahachulalongkornrajavidyalaya University and School

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอพระคุณสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ที่ได้อนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัย และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขให้งานวิจัยฉบับนี้ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์แก่สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐและผู้สนใจทั่วไป ตลอดจนจะเป็นประโยชน์ในสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐสูงต่อไป

นายไพรัตน์ เอ็บสำโรง

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฉ
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย.....	๔
๑.๓ ปัญหาการวิจัย.....	๔
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย.....	๔
๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	๕
๑.๖ กรอบแนวคิดการวิจัย.....	๖
๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๗
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๗
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ.....	๙
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย.....	๒๘
๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	๓๙
๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง.....	๕๒
๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๖๓
บทที่ ๓ วิธีการดำเนินการวิจัย.....	๖๖
๓.๑ รูปแบบการวิจัย.....	๖๖
๓.๒ พื้นที่การวิจัย.....	๖๙
๓.๓ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	๗๐
๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๗๑
๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๗๒
๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล.....	๗๒
๓.๗ สรุปกระบวนการวิจัย.....	๗๓

บทที่ ๔ ผลการวิจัย.....	๗๓
๔.๑ สร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง.....	๗๓
๔.๒ สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณ ภาครัฐ.....	๙๕
๔.๓ องค์กรความรู้ที่ได้จากการวิจัย.....	๑๐๑
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	๑๐๓
๕.๑ สรุปผลการวิจัย.....	๑๐๓
๕.๒ อภิปรายผล.....	๑๐๘
๕.๓ ข้อเสนอแนะ.....	๑๑๖
บรรณานุกรม.....	๑๑๗
ภาคผนวก.....	๑๒๒
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย.....	๑๒๓
ภาคผนวก ข กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	๑๒๖
ภาคผนวก ค ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย (Output/Outcome/ Impact).....	๑๒๘
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	๑๓๐

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๓.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๗๑

สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่	หน้า
๑.๑ กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย.....	๖
๓.๑ แผนผังสรุปภาพรวมกระบวนการวิจัย.....	๗๒
๔.๑ องค์กรความรู้ที่ได้รับจากการวิจัย.....	๑๐๒

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนไทยเป็นเบาหวานแล้วกว่า ๓ ล้านคน ตายวันละ ๑๙ คน นอกจากนี้เบาหวานยังเป็นสาเหตุของการป่วยและตายก่อนวัยอันควร จากโรคแทรกซ้อนทางตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมองด้วย ปี ๒๕๖๒ พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๘.๙ คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากถึง ๔.๘ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ซึ่งพบเพียงร้อยละ ๖.๙ หรือประมาณ ๓.๒ ล้านคน^๑ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยสถิติผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๖๐ พบจำนวน ๑,๔๘๘ รูป ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑,๕๙๙ รูป และปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๗๗๙ รูป ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธบางรายต้องตัดอวัยวะบางส่วน

ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี และที่น่าเป็นห่วงคือ มีคนไทยที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานอีก ๗.๗ ล้านคน ซึ่งคาดว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในอัตราร้อยละ ๕-๑๐ ต่อปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญโดยได้บรรจุให้โรคเบาหวานอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทยสุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ และรวมไปถึง UNDP หรือโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้ร่วมมือกับรัฐบาลไทย โดยการสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อรณรงค์ในการต่อสู้กับโรคเบาหวานมาอย่างต่อเนื่อง เมื่อพระสงฆ์อาพาธก็สามารถใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิบัตรทองได้เหมือนประชาชนทั่วไป และการเข้ารับบริการรักษาอาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อตัวเลขเงินบำรุงโรงพยาบาลติดลบ กับภาระหนี้ที่แท้จริงของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ก็จะทำให้ทราบว่าการดูแลสุขภาพคนไทยอยู่ในขั้นวิกฤติ

โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยขาดทุนเพราะสาเหตุหนึ่ง คือ ค่าใช้จ่ายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริหารการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิผลเป็นอันตรายต่อประชาชนและการเงินคลังของประเทศ ยิ่งรพ.ศูนย์ รพ.ที่รับส่งต่อคือเวลารพ.เล็กๆ ที่เป็นรพ.ต้นสังกัด รักษาไม่ได้ เพราะไม่มีหมอเชี่ยวชาญ ไม่มีเครื่องมือ ไม่มียา ฯลฯ รพ.เล็กก็จะส่งคนไข้ไปรพ.ใหญ่ รพ.ใหญ่รักษาเสร็จก็จะเรียกเก็บเงินกับรพ.เล็ก (ต้นสังกัด) แต่เวลาเรียกเก็บ กลับเรียกไม่ได้ตามค่าใช้จ่ายจริง เพราะทุกอย่างจะเป็นราคาประเมิน เช่น ค่าใช้จ่ายประเมินสำหรับโรค A เป็น ๕,๐๐๐ รพ.เล็กก็จะจ่ายรพ.ใหญ่แค่ ๕,๐๐๐ ทั้งที่ในความเป็นจริง โรค A ที่คนไข้เป็น อาจจะรุนแรง (เพราะรุนแรงจึงต้องส่งต่อ) ต้องใช้ยาแพง เครื่องมือแพง ค่ารักษาจริง

^๑ กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๖๒), หน้า ๑.

อาจจะ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ดังนั้นอีก ๔ แสนกว่าที่เหลือ รพ.ใหญ่ก็รับผิดชอบไปเอง โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ‘บัตรทอง’ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ที่เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร เมื่อพ.ศ. ๒๕๔๕ กลับมาเป็นประเด็นหลังเกิดกระแสว่ามีความพยายามที่จะแก้ไข พ.ร.บ. จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรืออาจถึงขั้นยกเลิกสิทธิประโยชน์ที่เคยมี กรมบัญชีกลางปรับปรุงระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก โดยให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวใช้บัตรประชาชนในการพิสูจน์ตัวตนเพื่อใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงแทนรูปแบบเดิม สามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งทั่วประเทศได้ทันที ตั้งแต่วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป แนวโน้มตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ภาวะนี้โรงพยาบาลสูงขึ้น แต่เมื่อสร้างต้นแบบระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบนี้โรงพยาบาล เริ่มต้นจากการทำกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ให้เป็นต้นแบบผู้ป่วยรายอื่นช่วยลดจำนวนผู้ป่วยลดกลุ่มเสี่ยงเท่ากับลดหนี้สะสมส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล^๒

พระพุทธศาสนายู่คู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งได้นำหลักการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา มาเป็นแนวทางแห่งการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางวัฒนธรรม และเอกลักษณ์มรดกของชาติไทยตราบนานเท่าทุกวันนี้คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่งการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา^๓ โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติปฏิบัติชอบ เพื่อให้จิตใจปลอดโปร่งเบิกบานผ่องใส มีความเจริญงอกงามด้วยศรัทธา ศีล สุตะ จาคะ และปัญญา^๔

พระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุพระสงฆ์เกือบ ๑ ใน ๕ เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ ๕๗.๒๓^๕ ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ^๖ สาเหตุที่สำคัญ ส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญ เช่น แกงกะทิชาหมูนมหวานต่างๆ เป็นต้น

^๒ วัลลา ตันตโยทัย และ อติสัย สงดี, “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน,” ใน การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม ๔, รวบรวมโดย สมจิต หนูเจริญกุล, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงเทพมหานคร : วิเจ ประินตั้ง, ๒๕๔๓), หน้า ๒๖๕.

^๓ ทินพันธุ์ นาคะตะ, พระพุทธศาสนากับสังคมไทย, (กรุงเทพมหานคร : สหายบล็อกและการพิมพ์, ๒๕๔๓), หน้า ๔-๖.

^๔ มหาวิทยาลัยการณราชวิทยาลัย, พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙, หน้า ๔๔.

^๕ ภัทธพล ตันเสถียร, “คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์”, วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๐), หน้า ๓๗-๘๒.

^๖ จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์, การวิจัยการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณรในวัดส่งเสริมสุขภาพ, (ขอนแก่น : ศูนย์อนามัยที่ ๖, ๒๕๕๐), หน้า ๒๐-๔๗.

สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ^๗ รายงานว่า พระสงฆ์ร้อยละ ๒๖-๓๘ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า ร้อยละ ๕๐ ต่อกาแฟวันละ ๘ ถ้วยและดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า ๒ ขวดต่อวันและส่วนใหญ่ที่มึนน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ ๖ แก้ว นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยมีนโยบายสนับสนุนวัดทั่วประเทศกว่า ๓๔,๐๐๐ แห่ง จัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัด เพื่อให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณรเป็นการเฉพาะ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ โดยสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ๑) การประเมินสภาวะสุขภาพและการคัดกรองโรค ๒) จัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน ๓) จัดทำแผนปฏิบัติงานและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน^๘ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนควรจะบูรณาการงานร่วมกันด้วย และที่สำคัญต้องผสมผสานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามพุทธวิธีแบบองค์รวม ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ ในมิติของการป้องกันและการรักษาที่สอดคล้องกับ หลักพุทธธรรม และวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ไทย หากสามารถดำเนินการครอบคลุมในทุกพื้นที่จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีความสุข

จากสภาพการณ์และเหตุผลความจำเป็นดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาการดูแลสุขภาพเพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถแยกทำเป็นส่วนๆ และต่างคนต่างทำได้จะต้องเกิดการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างจริงจังอันจะเป็นประโยชน์และเป็นไปตามวิถีการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนให้ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง^๙

ดังนั้น การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องได้รับการแก้ไข และทำการศึกษาวิจัยสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐขึ้น ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์เป็นปัญหาที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับพระสงฆ์เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ทั้งเรื่องความสะดวกในการเดินทางมาขอรับบริการความเฉพาะของความเป็นสงฆ์ที่จะต้องอยู่ในระเบียบวินัยของสงฆ์และเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสถาบันศาสนา หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ

^๗ สุรพันธ์ สุวรรณศรี ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ, “การสร้างความสุขในสังคม : การศึกษาแนวทางการบูรณาการกระบวนการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและคริสต์ศาสนาในภาคอีสาน”, **วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๕๒), หน้า ๗๕.

^๘ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓).

^๙ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, **การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้คนไทย มีสุขภาพดี ถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๕๘**, (นันทบุรี : สำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑), หน้า ๑

สุขของพระสงฆ์รวมทั้งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพที่พระสงฆ์ไม่สามารถดูแลตนเองได้และที่สำคัญที่สุดสังคมจะต้องมีภาระในการดูแลพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วยและสูญเสียทรัพยากรของประเทศชาติเป็นจำนวนมากในการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์จึงจำเป็นที่จะต้องให้ทุกฝ่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการทำงานเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ร่วมกันด้วยความรักความเอื้ออาทรและการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อที่จะได้รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เป็นองค์รวมตามที่พึงประสงค์มากที่สุดในอนาคต ดังนั้น สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการผลิตภาระงบประมาณภาครัฐเพื่อนำไปสู่ การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๑.๒.๒ เพื่อสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรค ความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการผลิตภาระงบประมาณภาครัฐ

๑.๓ ปัญหาการวิจัย

๑.๓.๑ การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

๑.๓.๒ การสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรค ความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการผลิตภาระงบประมาณภาครัฐเป็นอย่างไร

๑.๔ ขอบเขตการวิจัยและกรอบแนวคิด

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการผลิตภาระงบประมาณภาครัฐ ได้แก่

๑. ต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ต่อแนวปฏิบัติการดูแล สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปีที่เกิดจากการสั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจในการรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๒. สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการผลิตภาระงบประมาณภาครัฐ เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน ข่าวสารร่วมกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน วัด โดยมีการรับรู้และ มุมมองที่เหมือนกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีความสนใจหรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของ

สมาชิกทุกคนในเครือข่าย มีการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน มีการเกื้อหนุนพึ่งพากัน มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงแลกเปลี่ยน

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยโดยกำหนดพื้นที่ในจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมทั้ง ๓๒ อำเภอ ซึ่งเป็นที่ตั้งของคณะสงฆ์ กลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๓๒ อำเภอ

๑.๔.๓ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านการสัมภาษณ์ ได้แก่

กลุ่มที่ ๑ พระสงฆ์ผู้เป็นตัวแทน จำนวน ๕ รูป

กลุ่มที่ ๒ ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่วัดด่านเกวียน และ วัดดอนขวาง จำนวน ๕ คน

กลุ่มที่ ๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.) จำนวน ๑๐ คน

กลุ่มที่ ๔ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๑๐ คน

๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย

ต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ต่อแนวปฏิบัติการดูแล สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปีที่เกิดจากการสั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการดูแล สุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจในการรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

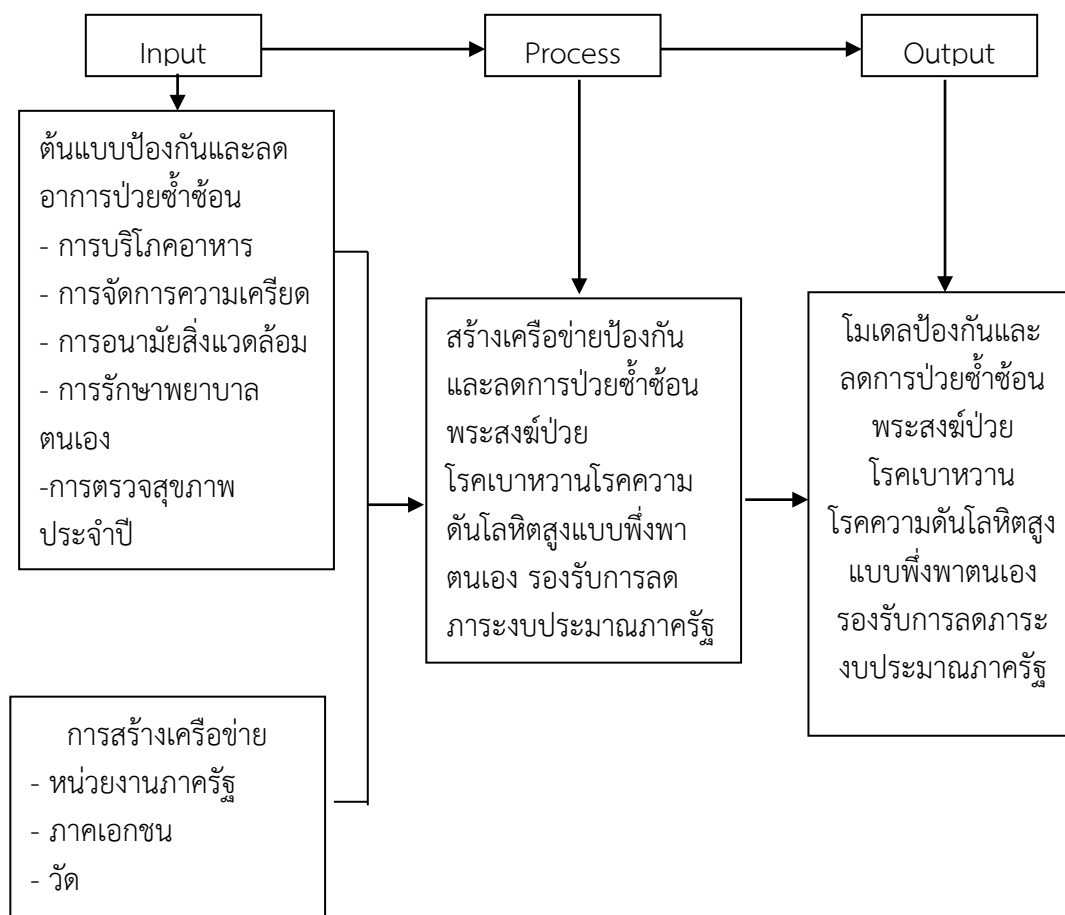
อาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง อาการป่วยที่มีผลข้างเคียงจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น

การสร้างเครือข่าย หมายถึง เครือข่ายเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข่าวสารร่วมกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน วัด โดยมีการรับรู้และมุมมองที่เหมือนกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีความสนใจหรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในเครือข่าย มีการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน มีการเกื้อหนุนพึ่งพากัน มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงแลกเปลี่ยน

การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๑.๖ กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ มีกรอบแนวคิดที่สำคัญในลักษณะของ กระบวนการและวิธีการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลลัพธ์จากการศึกษา ดังนี้



แผนภาพที่ ๑.๑ กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๗.๑ ได้ต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๑.๗.๒ ได้เครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๑.๗.๓ องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเรื่อง สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

๒.๑.๑ นิยามพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๑.๒ ความหมายของสุขภาพ (Health)

๒.๑.๓ ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๑.๔ ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑.๕ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑.๖ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

๒.๑.๗ พระภิกษุ ธรรมะ และพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย

๒.๒.๑ แนวคิดการสร้างเครือข่าย

๒.๒.๒ ความหมายของเครือข่าย

๒.๒.๓ ประเภทและรูปแบบของเครือข่าย

๒.๒.๔ การก่อเกิดของเครือข่าย

๒.๒.๕ กระบวนการสร้างเครือข่าย

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

๒.๓.๑ ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

๒.๓.๒ เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๒.๓.๓ การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

๒.๓.๔ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

๒.๓.๕ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

๒.๓.๖ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

๒.๓.๗ อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

๒.๓.๗ การรักษาโรคเบาหวาน

๒.๓.๘ การประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๒.๓.๑๐ การให้ความรู้โรคเบาหวาน

- ๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
 - ๒.๔.๑ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - ๒.๔.๒ ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - ๒.๔.๓ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - ๒.๔.๔ อาการและอาการแสดง
 - ๒.๔.๕ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 - ๒.๔.๖ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- ๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

๒.๑.๑ นิยามพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีความหมาย และความเกี่ยวข้องกัน คือ พฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) มีความหมาย ดังนี้ ความเกี่ยวข้องและนิยามระหว่างสุขภาพ (Health) และ พฤติกรรม (Behavior) ดังนี้

นิยามของพฤติกรรม (Behavior)

การกระทำ หรือกิจกรรมใด ๆ ของรายบุคคลเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่งที่ได้วางไว้^๑ ซึ่งเป็นการกระทำการปฏิบัติที่สามารถสังเกตได้ โดยบุคคลอื่นมี ๒ ลักษณะ ได้แก่

๑. พฤติกรรมภายนอก เป็นกิจกรรมของคนที่แสดงออกมาทั้งที่เป็นการกระทำหรือกิจกรรมและสามารถสังเกตได้ โดยบุคคลอื่น เช่น การนั่ง การเคลื่อนไหว เป็นต้น

๒. พฤติกรรมภายใน ภายนอก เป็นกิจกรรมของคน ที่แสดงออกมาทั้งที่เป็นการกระทำหรือกิจกรรมภายในตัวที่ต้องอาศัย เครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยในการสังเกต เช่น ความฝัน ความคิด ความเชื่อ เป็นต้น

๒.๑.๒ ความหมายของสุขภาพ (Health)

ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น การสูบบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น^๒

^๑ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๑. (กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, ๒๕๔๑), หน้า ๒๕๑.

^๒ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๕๔ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔, (กรุงเทพมหานคร : ราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๕๖), หน้า ๑๒๑๑.

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ประกอบกัน ไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น^๓

ภาวะที่เป็นสุขในลักษณะองค์รวมมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในด้านกาย ปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่มี พื้นฐานที่เชื่อมโยงมาจากสุขภาพที่ดีแบบที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุดและน่าพอใจที่สุด

ประเวศ วะสี^๔ ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมตามความหมายที่ปรากฏให้ครอบคลุมโดยนำเพิ่มเติมความแบบวิถีอย่างสังคมไทยว่าสุขภาพเป็นมงคลสูงสุดหมายความว่าเมื่อพระภิกษุถวายพระพรพระเจ้าอยู่หัวจะกล่าวว่า “ที่ขมาโยโก โหตุ มหาราชา” หมายความว่าให้ทรงมีสุขภาพดี พระชนมายุยืนยาว และพระเจ้าพรประชาชนว่า “อายุ วรรโณ สุขัง พลัง” ซึ่งเป็นเรื่องสุขภาพล้วนๆ หมายความว่า

อายุ หมายถึง เป็นผู้ที่ยืน เพราะสุขภาพดี

วรรโณ หมายถึง มีผิวพรรณดี ไม่ซีด โลหิตจาง สะท้อนความเป็นโรค ความยากจน ก็ทำให้โลหิตจาง ผู้มีผิวพรรณดี ไม่ซีดเขียวจึงสะท้อนสุขภาพ

สุขัง หมายถึง การมีความสุข หรือสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดี อันเป็นยอดปรารถนาของทุกคน

พลัง หมายถึง การมีพลังการมีกำลังสะท้อนความสุขภาพที่ดีและการมีพลังทำให้มีความสุขกาย ไม่มีกำลังความอ่อนเพลียทำให้ไม่มี สุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายสุขภาพ ดังนี้ Health refers to a dynamic quality of being, acting and interacting, and it is both individually and socially valued . Health therefore has subjective and objective dimensions .Further, health can be viewed as a global quality and as a set of specific qualities. (WHO, ๒๕๔๕)

ดังนั้น สุขภาพตามแนวความคิดขององค์ การอนามัยโลก คือ Healthy is physical mental social and spiritual well-being ซึ่งหมายความว่าสุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งกาย จิตใจสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยคำว่าสุขภาพ คือ ความสุขและคุณค่าของชีวิต ได้แก่ การมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการสติปัญญาดี เบิกบานร่าเริงแจ่มใสซึ่งก็คือ ภาวะของการอยู่เย็นเป็นสุข

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุปสรรคภัยมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าภายในที่นี้ หมายถึง ทางกายภาพด้วย

^๓กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลียในระยะ ๒๐ ปีได้เปลี่ยนแปลงแนวทางดำเนินงานจากวิธีการด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตไปสู่วิธีการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม (Structural an Environmental Change) ซึ่งวิธีการดำเนินการนี้ เป็นการประยุกต์แนวคิดที่ได้จาก Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, ๑๙๘๖), (กรุงเทพมหานคร : กรมฯ, ๒๕๕๑), หน้า ๖๗-๖๘.

^๔ประเวศ วะสี, บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัดชีวิตแลสังคม, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๑), หน้า ๒๑.

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริงคล่องแคล่วไม่ติดขัดมีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่งมีสติ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นตัวก็จะมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่รวมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคมสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อกระทำความดีหรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุดหรือสิ่งสูงสุดเช่น การเสียสละ การมี เมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น

Pender^๕ ได้ให้ความหมาย สุขภาพว่าหมายถึง การบรรลุถึงการใช้ ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและได้รับการพัฒนาบุคคลสามารถบรรลุภาวะนี้ ได้จากปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันบุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาเสถียรภาพหรือความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมจะเห็นได้ ว่าความหมายสุขภาพตามแนวคิดของ Pender มีพื้นฐานมาจากความเชื่อในศักยภาพของบุคคลมากกว่าการปราศจากโรคและสามารถแบ่งความหมายสุขภาพออกเป็น ๒ กลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับความหมายสุขภาพของสมิทกล่าวคือกลุ่มที่ ๑ เน้นการรักษาเสถียรภาพ ได้แก่ แนวคิดด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ กลุ่มที่ ๒ แนวคิดด้านการปรับตัว และการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และด้านจิตใจ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา

๒.๑.๓ ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๑.๓.๑ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่เป็นโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่ายซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่ สังเกตเห็นได้ หรือไม่ สามารถสังเกตเห็นได้แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยาพฤติกรรมดังกล่าวมีองค์ประกอบ ๓ ส่วนคือ

๑. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้สัมผัส เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเป็นเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นมาจากการศึกษาค้นคว้าหรือเป็นความรู้ที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบหรือรายงาน ซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและระยะเวลาในการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย จัดเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยนั้นเป็นความรู้ระดับขั้นของความสามารถในการนำไปใช้ การ

^๕ Pender, N.J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed, (Connecticut : Appleton and Lange, 1996), p. 123.

วิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประมาณค่า เป็นระดับความรู้ขั้นที่ จะสามารถกระตุ้นเตือน ให้บุคคลรู้จัก สำนวจตรวจสอบตนเอง และสามารถเกิดการกระทำได้^๖

๒. พฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นความเชื่อของบุคคล การกระทำสถานการณ์ หรืออื่นๆ รวมทั้งท่าที แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม ๕ ขั้นตอน คือ ๑. การยอมรับ ๒. การตอบสนอง ๓. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม ๔. การจัดระบบหรือจัดกลุ่ม ๕. คุณค่าแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

๓. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้ และพฤติกรรมด้านทัศนคติ พฤติกรรมด้านนี้ เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่งๆ พฤติกรรมด้านนี้ ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่ายแต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้าน การปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุข

การใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นส่วนใหญ่ จะหมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เน้นในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ คือ การดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงมี ๒ ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งอันตรายต่อสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และตรวจสุขภาพประจำปี อันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

การป้องกันโรคเป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดี และบุคคลที่เจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแต่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานโดยให้ความรู้ สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน^๗

๒.๑.๓.๒ พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ ให้เกิดโรคขึ้นเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ การไม่ สูบบุหรี่ เป็นต้น^๘

การยอมรับพฤติกรรมการป้องกันโรค การที่บุคคลจะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ นั้น จะต้องผ่านระยะต่างๆ ๔ ระยะ เมื่อเข้าสู่บทบาท ผู้เลี้ยง

^๖ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, การส่งเสริมสุขภาพ : การปรับบทบาทใหม่ของสุขศึกษา, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล ขอนแก่น, ๒๕๓๘, (อัคราเนา).

^๗ พรทิศา อินทร์พรหม, ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน, (เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๓๘), หน้า ๕.

^๘ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, การส่งเสริมสุขภาพ : การปรับบทบาทใหม่ของสุขศึกษา, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล ขอนแก่น, ๒๕๓๘, (อัคราเนา).

๑. ระยะเวลาข้อมูล ระยะนี้บุคคลจะรับรู้จากสื่อมวลชน หรือบุคคลข้างเคียง และนำมาพิจารณาว่า ตนเองอยู่ในระยะการเสี่ยงต่อการป่วย หรือต่อการเป็นโรคลำต้นหรือไม่บางคนอาจจะให้แพทย์ตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนหรือค้นหาโรคซึ่งยังไม่ปรากฏอาการ

๒. ระยะตรวจสอบข้อมูล เป็นระยะที่บุคคลค้นหาความรู้สึก เจตคติ ของบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีต่อคำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคว่าสอดคล้องกับความรู้สึกของตนหรือไม่ เพียงใด

๓. ผู้ที่อยู่ในบทบาทเสี่ยง คือ ผู้ที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และถูกรับรู้ว่าเป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ ละคนในการป้องกันตนเอง นั่นคือ อยู่ในภาวะเสี่ยงโดยไม่ได้ รับผิดชอบต่อชนในแง่ ของการเสริมแรง หรือได้ กำลังใจจากสังคมเลยพฤติกรรมบางอย่างที่ ผู้อยู่ในบทบาทเสี่ยงต้องปฏิบัติ นั้น เป็นพฤติกรรมที่ผิดแปลกแตกต่างไปจากพฤติกรรมคนทั่วไปทำให้คนในสังคมมองเหมือนเป็นผู้ที่ แยกแยะจากสังคม ซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ

๔. บทบาทของผู้เสี่ยง ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความน่าจะเป็นทางสถิติ ซึ่งได้จากการศึกษาเปรียบเทียบ หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และปฏิบัติเพื่อการรักษาสุขภาพ และมักเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ไม่มีทางรักษา ซึ่งผู้รับผิดชอบในการรักษาควรเป็นแพทย์แต่ต้องถูกพิจารณาว่าต้องรับผิดชอบต่อเจ็บป่วยของตนเอง

๒.๑.๓.๓ แบบแผนการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขในปัจจุบันการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีที่จะทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้ กับตนเองและครอบครัวเครือข่ายทางสังคมในชุมชน ทฤษฎีที่มีบทบาทและใช้เป็นแนวคิดในการส่งเสริมการดูแลตนเองในปัจจุบัน คือทฤษฎีการพยาบาลของ Orem^๙ มีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า “บุคคลที่อยู่ในวัย เจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่การพัฒนาของตนเอง ตลอดจนป้องกันควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่ คิดว่าจะมี ผลต่อหน้าที่ และการพัฒนาของตนเอง” และเชื่อว่าบุคคลหรือวิธีการดูแลตนเองให้สัมพันธ์กับสุขภาพของตนได้ แต่วิธีการนั้นอาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้

การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิตสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคน ที่จะเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติให้สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่มากระทบการเรียนรู้ถึงการดำรงชีวิต ประจำวันในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งโดยเร็วได้ แบ่งความต้องการดูแลตนเองออกเป็น ๓ ประเภท^{๑๐} คือ

^๙ Orem, D.E., *Nursing concept and practice*, 5thed, (St.Louis : RR Donnelley & Son Co, 1995), p. 96.

^{๑๐} สมจิต หนูเจริญกุล, *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : วีเจ พีริ้นติ้ง, ๒๕๓๖), หน้า ๓๒.

๑. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นความต้องการการดูแลตนเองของทุกคนและทุกวัย ความต้องการนี้ปรับเปลี่ยนไปตามอายุระยะพัฒนาการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ เป็น การเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตในการรักษาโครงสร้างหน้าที่ และสวัสดิภาพของบุคคลไว้

๒. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่างๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบของพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา เป็นต้น หรืออาจมีความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

๓. ความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติ ในภาวะต่างๆ ความพิการแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรคหรือมีความเจ็บป่วยจากการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยและผลการรักษาของแพทย์

การที่บุคคลจะบรรลุความต้องการการดูแลตนเองได้ตามภาวะสุขภาพความ ผาสุกตลอดจนโครงสร้าง และหน้าที่ของมนุษย์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำหนดความ ต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ครอบคลุมหรือไม่และเข้าใจถึงความต้องการดูแลตนเอง อะไรบ้างที่ ต้องได้รับความช่วยเหลือ และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะบรรลุความต้องการการดูแลตนเองหรือไม่ ความเป็นไปได้ที่จะนำไปสู่ความต้องการการดูแลตนเอง ดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่ จะกระทำทั้งหมดว่าสามารถทำให้บรรลุความต้องการหรือไม่ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวบุคคลสามารถจัดการ ดูแลตนเองให้เหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้

จะเห็นได้ ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำการแสดงออกของร่างกาย แต่ละบุคคล ส่งผลให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกและไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก แต่สามารถวินิจฉัยได้ ว่า พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นอย่างไร โดยอาศัยวิธีการหรือใช้เครื่องมือทางด้านจิตวิทยาใน การประเมินพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

๒.๑.๔ ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดเดิม หมายถึง งานบริการของบุคลากรทางด้าน สาธารณสุข ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพมารดา การดูแล สุขภาพทารกและเด็ก ได้แก่ การให้วัคซีน โภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การให้ สุขศึกษา การให้ คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งจะมีลักษณะมุ่งเน้นที่สุขภาพบุคคลเป็นหลักส่วนงาน ที่ครอบคลุมไปถึง ชุมชนและสังคมจะแทรกในกิจกรรมงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพอาหารและ สิ่งแวดล้อมการจัดหาน้ำสะอาดการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ซึ่งเดิมไม่ได้เรียกกิจกรรมเหล่านี้ว่าเป็น การสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๑}

^{๑๑}อำพล จินดาวัฒนะ, การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่, (กรุงเทพมหานคร : เจริญกิจ, ๒๕๔๖), หน้า ๙๘.

ตามกฎบัตรออกตาวา ได้ให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่ เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น^{๑๒}

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมืองไม่ใช่เพียงการกระทำโดยตรง เพื่อให้บุคคลมีทักษะหรือความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้นแต่ รวมถึงการกระทำใดๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข หรือสถานการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและสาธารณะ^{๑๓}

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ^{๑๔} ได้ทบทวนหลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจากการประชุมระดับนานาชาติ ๔ ครั้งและให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

Pender^{๑๕} กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคล หรือกลุ่มเพื่่มุ่งเน้นให้เกิดความผาสุกและการมีสุขภาพดีในระดับสูง

เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ หากพิจารณาสุขภาพจากแนวคิดความต่อเนื่องระหว่างการใช้ป่วยกับภาวะสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพดีในเชิงบวกหรือมีสุขภาพดีในระดับสูง ซึ่งมีความหมายมากกว่าการไม่มีโรคและความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพใดๆ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมุ่งหวังให้เกิดการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุดโดยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมี ภาวะสุขภาพคงที่ มีการป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี นำมาก่อนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่ เป็นพลวัตมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางสุขภาพและมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่ทำให้ระดับปัจเจกบุคคลระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับสังคมมีความสามารถในการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่ ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นโดยต้องอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่างๆ เพื่อให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

๒.๑.๕ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นการมุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคติดต่อเหมือนในอดีตไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลงได้ หลายประเทศได้ มี การปรับเปลี่ยนแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพจาก

^{๑๒}Duangwadee, S., *Research Health Promotion in the Who South-East Asia*, 2001 : 145-156.

^{๑๓} สิทธิติล อุ่นพรมมี, ประกาย จิโรจน์กุล, งามนิตย์ รัตนกุล, อังคณาพร สอนง่าย, แพทย์ แก้วสาร และวาริวรรณ ศิริวาณิชย์, *พัฒนาการของแนวคิดนโยบายยุทธศาสตร์และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ*, (กรุงเทพมหานคร : ออนพรีนซ์, ๒๕๕๐), หน้า ๑๔.

^{๑๔} สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, *วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*, (กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, ๒๕๔๕), หน้า ๕๖.

^{๑๕} Pender, N.J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed, (Connecticut : Appleton and Lange, 1996), p.78.

“ซ่อมแซมรักษา” มาสู่ “การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ” แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากองค์การอนามัยโลก เป็นแกนนำการหาแนวทางใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการจัดประชุมนานาชาติที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดาทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของประชาชน แนวทางนั้น คือ “การสาธารณสุขแนวใหม่” โดยใช้แนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งแนวคิดนี้เกิดขึ้นเริ่มแรกที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และหลายประเทศได้นำไปดัดแปลงประยุกต์ใช้ตามบริบท สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งประเทศไทยด้วย

การป้องกันโรค

การป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันล่วงหน้าก่อนจะมีการเกิดโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดีแนวทางสำคัญ คือ การสร้างประสบการณ์ ให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเกิดโรคในกลุ่มประชาชน ด้วยเหตุนี้แนวคิดการป้องกันโรค และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจึงมักถูกเข้าใจว่าเหมือนกัน ซึ่งในความเป็นจริงแนวคิดทั้งสองมีความแตกต่างกัน

ประกา เพ็ญสุวรรณ และคณะ (๒๕๓๘) กล่าวว่า การป้องกันโรคมิ แนวความคิดหลักคือ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพเครื่องบ่งชี้ความสำเร็จ ได้แก่ การลดอัตราการเกิดโรค การลดอัตราตายและภาวะทุพพลภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งเน้นให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิต มีความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกมีคุณค่า เคารพตนเองและสามารถควบคุมทรัพยากรได้ด้วยตนเอง

ตามแนวคิดทางวิทยาการระบาด เชื่อว่าโรคเกิดจากภาวะไม่ สมดุลระหว่าง ๓ ปัจจัย ได้แก่ Agent หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดโรค Host หมายถึง บุคคลหรือคน และ Environment หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ซึ่งระดับของการป้องกันโรค แบ่งออกเป็น ๓ ระดับมีรายละเอียดดังนี้

๑. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันในขณะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้นมีจุดเน้นที่ การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป นับเป็นการป้องกัน ที่สำคัญมากเพราะเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงานป้องกันในระดับอื่นๆให้ ดี ยิ่งขึ้นนอกจากนี้ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ยังรวมถึงการปกป้องสุขภาพเฉพาะอย่าง เพื่อต่อต้านโรคที่ อาจจะเกิดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค การให้เด็กนักเรียน อดน้ำฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ การแจกเกลือผสมไอโอดีนแก่ชาวบ้าน เพื่อป้องกันโรคคอพอก และการควบคุมพาหะนำโรค

๒. การป้องกันระดับทุติยภูมิเป็นการป้องกันหลังจากที่มีโรคเกิดขึ้นแล้วมีจุดเน้นที่การ วินิจฉัยแต่ แรกเริ่มและให้การรักษาทันทีเพื่อหยุดกระบวนการเกิดโรค เพื่อให้มีระยะของ ความรุนแรงของโรคน้อยที่สุดป้องกันการแพร่กระจาย และช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย

๓. การป้องกันระดับตติยภูมิในขั้นนี้ไม่เพียงแต่จะหยุดกระบวนการเกิดโรคเท่านั้น แต่รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะพิการที่ถาวร เพราะเป็นขั้นที่ป่วยมาก และมีความพิการเกิดขึ้น ในขั้นนี้ มุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการตลอดจนผลเสียต่างๆ ที่จะตามมาภายหลัง การเกิดโรค เพื่อให้บุคคลสามารถกลับคืนสู่ความเป็นปกติในระดับหนึ่งเท่าที่จะเป็นไปได้

หากพิจารณาจากความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญมากในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติโดยเป้าหมายของการปฏิบัติ คือ การมุ่งปฏิบัติ พฤติกรรม เพื่อก้าวไปสู่การมี สุขภาพดี ในระดับสูงสุด ซึ่ง ถือเป็นสุขภาพในเชิงบวก โดยไม่ได้เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ ในขณะที่การป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยง พฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยโดยเป้าหมาย คือ เพื่อให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่เป็น กลาง คือ ไม่เจ็บป่วยไม่บาดเจ็บ จึงอาจกล่าวได้ว่าการป้องกันโรคให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติ เมื่อ บุคคลมีภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรค การบาดเจ็บความพิการ หรือเมื่อมีปรากฏการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป้าหมาย คือ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราทุพพลภาพ และลดอัตราตาย แต่การส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะปกติ เน้นการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป้าหมาย คือ การเพิ่มระดับความผาสุกและในทางปฏิบัติ ทั้งการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมักทำไป พร้อมๆกันเพราะพฤติกรรมทั้งสองอย่างส่งเสริมซึ่งกันและกัน

๒.๑.๖ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

แนวคิดการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นในเรื่องการตรวจร่างกายเพื่อ ป้องกันโรค การป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยง และรับการรักษาโดยเร็วเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้น ซึ่งทั้งหมดมีเป้าหมาย เพื่อให้สุขภาพอยู่ในสภาวะสมดุลไม่เกิดการเจ็บป่วยบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อ สุขภาพเพียงเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ย่อมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างไป จากบุคคลที่มีเป้าหมายให้ตนเองมีภาวะสมบูรณ์แข็งแรงหรือมีสุขภาพดีในระดับสูงซึ่งนอกจากนี้เป็นที่ สังเกตว่าผู้ที่มีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงมักจะมีคามสนใจในเรื่องสุขภาพมากดูแลเอาใจใส่ สุขภาพอย่างสม่ำเสมอมีการแสวงหาความรู้ในเรื่องสุขภาพจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งหาโอกาสสนทนา หรือรายงานเรื่องสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพอยู่เสมอแม้ในขณะที่ทำงาน ขณะรับประทานอาหาร ขณะพักผ่อนหรือการทำกิจกรรมในสังคม ซึ่งมักพบว่าบุคคลเหล่านี้สามารถใช้ ศักยภาพของเขาได้เต็มที่เพราะไม่ถูกรบกวนจากปัญหาสุขภาพต่างๆ

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญ ของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคลชุมชนได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender^{๑๖} เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการจะเข้าใจทฤษฎีได้สิ่งที่ควร เรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้น คือ การรู้จักผู้พัฒนาทฤษฎีเพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดทฤษฎี

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender การสร้างเสริมสุขภาพแต่เดิมมักจะหมายถึง การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุข อันได้แก่งานอนามัยแม่ และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานวางแผนครอบครัว งานสุขศึกษา งานอนามัยชุมชน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันก็มีอีกความหมายหนึ่ง คือ หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพที่ ประชาชนปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การพัฒนา

^{๑๖} Pender, N.J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed, (Connecticut : Appleton and Lange, 1996), p.93.

สิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อสุขภาพ การลดละเลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น แต่ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพได้ขยายขอบเขตความหมายกว้างออกไปถึงการเป็นกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่ เรียกว่า กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ)” ที่มุ่งเน้นอย่างน้อย ๕ เรื่อง คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๘๒ หลังจากที่ได้นำพัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๗๕ และหลังจากที่ Pender ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. ๑๙๘๒ แล้ว ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและพบว่าบางมโนทัศน์ย่อย เมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัย และวิเคราะห์ทางสถิติแล้วไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จึงได้ปรับปรุงคัดลอกหรือให้นิยามมโนทัศน์ย่อยเหล่านั้นใหม่และได้นำรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. ๑๙๘๗ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมโดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ เสนอในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (๑๙๘๗) ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ ๓ ส่วน ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านการรู้คิด การรับรู้ เป็นปัจจัยปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแรงจูงใจ ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยย่อย ๗ ปัจจัย ได้แก่

๑.๑ ความสำคัญของสุขภาพการที่บุคคลรับรู้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไรก็จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น

๑.๒ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองหรือการได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นหรือเป็นผลของความบังเอิญ โชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของตนเอง แสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าบุคคลเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากการควบคุมโดย โชคเคราะห์ ความบังเอิญหรือบุคคลอื่น แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

๑.๓ การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นผลสำเร็จ

๑.๔ คำจำกัดความของสุขภาพบุคคลแต่ละคนจะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเองผู้ที่ให้ความหมายสุขภาพแตกต่างกันจะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยในขณะที่บุคคลซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิตบุคคลนั้นจะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนมีสุขภาพดี และเพิ่มสุขภาวะในชีวิต

๑.๕ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

๑.๖ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพการที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเองจะส่งผลต่อระดับของการปฏิบัติ กิจกรรมนั้น และมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

๑.๗ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่น ความไม่ สะดวกสบาย ความยากลำบาก ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสกระทำกิจกรรมหรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม จะส่งผลให้มีการกระทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

๒. ปัจจัยปรับเปลี่ยนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง ต่อการรับรู้และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ ซึ่งมีดังนี้

๒.๑ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และน้ำหนักตัว

๒.๒ ลักษณะทางชีววิทยา ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย

๒.๓ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

๒.๔ ปัจจัยด้านสถานการณ์ประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ด้วย เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติ สุขความรู้และทักษะบางอย่างจะส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้

๓. การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำ ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก ที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นได้ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพโดยสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ ๘ ด้าน คือ

๑. ความสามารถในการดูแลตนเองทุกๆไป
๒. การปฏิบัติด้านโภชนาการ
๓. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการสันทนาการ
๔. แบบแผนการนอนหลับ
๕. การจัดการกับความเครียด
๖. การบรรลุ เป้าหมายชีวิตได้ อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง
๗. จุดมุ่งหมายในชีวิต
๘. สัมพันธ์ภาพกับคนอื่นๆ

การควบคุมสภาวะแวดล้อมและการใช้ ระบบบริการทางสุขภาพซึ่งต่อมา Walker^{๑๗} ได้ร่วมกันพัฒนาแบบการวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพจากที่มีอยู่เดิม ประกอบด้วยคำถาม ๑๐๐ ข้อ เหลือ ๔๘ ข้อ จากพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ เหลือเพียง ๖ ด้านได้แก่

๑. การบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง
๒. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
๓. การออกกำลังกาย
๔. โภชนาการ
๕. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน
๖. การจัดการกับความเครียด

ต่อมา Pender ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้ แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. ๑๙๘๗ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมได้ปรับปรุงและคัดปัจจัยด้านการรู้คิด และการรับรู้ ในด้านความสำคัญต่อสุขภาพการรับรู้การควบคุมสุขภาพจำกัดความของสุขภาพออกคงไว้เพียงการรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอิทธิพลระหว่างบุคคลอิทธิ พลด้านสถานการณ์และเพิ่มตัวแปร ๓ ตัวคือ ความรู้สึกเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพความตั้งใจที่จะกระทำตามแผนที่ กำหนด และการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำ และเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีความคาดหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมสภาพแวดล้อม (อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์) และพฤติกรรมดั้งเดิม (อิทธิ พลด้านพฤติกรรม) มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม นอกจากนี้ยังได้คัดตัวชี้แนะการกระทำอีกด้วย เนื่องจากพบว่าเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ ปรับปรุงใหม่^{๑๘} ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก ๓ มโนทัศน์คือ

๑. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะ และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลังความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่จะนำมาพิจารณาการเลือกวัดปัจจัย

๑.๑ พฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับอดีต และลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงแต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต คือ ความถี่ในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมือนๆ กันหรือคล้ายคลึงกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลโดยตรงขอพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน

^{๑๗} Walker, J. W., *Human Resource Strategy*, (New York : McGraw-Hill, 1992), p.124.

^{๑๘}Pender, N.J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed, (Connecticut : Appleton and Lange, 1996), p.78.

ปัจจุบัน อาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นและจะยิ่งเข้มข้นมากขึ้นด้วย การประพจน์ปฏิบัติที่ซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมจะผ่านทางการรับรู้ความสามารถในตนเองประโยชน์อุปสรรคและความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ตามทฤษฎีของ Bandura^{๑๙} ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับ จะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำพฤติกรรมในอดีต ซึ่งเรียกว่าการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำมากขึ้นและพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการกระทำซ้ำบ่อยๆ อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์ และแหล่งข้อมูลในความทรงจำที่เปรียบเสมือนกับเครื่องคิดเลขที่ต้องข้ามให้ผ่านพ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวก หรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการแสดงพฤติกรรม จะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำเพื่อเป็นข้อมูลที่น่ามาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลังพฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งพฤติกรรมทางบวกโดยยกประเด็นประโยชน์ของการทำพฤติกรรม สอนวิธีการให้ผู้รับบริการสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ก่อให้เกิดความสามารถในระดับที่สูงขึ้นและให้ความรู้ทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

๑.๒ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่นี้ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ เพศ เครื่องชี้วัดขนาดของร่างกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย โดยใช้ออกซิเจน ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกายปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคำจำกัดของสุขภาพปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคลประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ สีมิว วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย การศึกษา และสถานะเศรษฐกิจสังคมเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย จึงต้องคัดเลือกตัวแปรที่สำคัญสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมเป้าหมายได้แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

๒. ความคิด และความรู้สึกของบุคคลที่มีเฉพาะต่อพฤติกรรมตัวแปรกลุ่มนี้ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย

^{๑๙} Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, (New Jersey : Prentice-Hall, 1996), p.51.

- ๒.๑ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ๒.๒ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ๒.๓ การรับรู้ความสามารถในตนเอง
- ๒.๔ ความรู้สึกเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- ๒.๕ อิทธิพลระหว่างบุคคล
- ๒.๖ อิทธิพลด้านสถานการณ์

๓. ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การกำหนดความตั้งใจ เพื่อวางแผนการกระทำ เป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่และผ่านพฤติกรรมไปได้ นอกจากจะมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก ซึ่งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือมีความปรารถนาในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่าทำให้บุคคลนั้นไม่ได้กระทำในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ ตั้งแต่ต้น

๓.๑ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ ตามแผนที่ กำหนดไว้ พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่ เป็นระบบ ตามที่ Pender ได้กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้น ด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้ กระบวนการทางด้านความคิด ความรู้สึก ได้แก่ ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะในเวลาและสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะ หรือทำโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆ เข้ามาแทรก และวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริม ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ต้องการหาวิธีการที่เฉพาะในการปฏิบัติที่จะใช้กับพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ ทำร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จ

๓.๒ ปัจจัยการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำและเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด สามารถกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำเนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมเช่น ความรับผิดชอบในการทำงาน หรือการดูแลครอบครัวถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ส่วนความพอใจที่แทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง สามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่มาแทรกแซงความสามารถในการเอาชนะปัจจัยความพอใจที่แทรกแซง ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมตนเองการตัดสินใจที่เข้มแข็งต่อการวางแผนการปฏิบัตินั้น อาจจะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลของความตั้งใจที่ สมบูรณ์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น ปัจจัยการแข่งขันกระทำในเรื่องที่ต้องทำ และเรื่องที่ชอบในทันทีทันใด มีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมี ผลต่อความตั้งใจได้

๓.๓ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบส่งเสริมสุขภาพอย่างไรก็ตามควรระลึกไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ให้ยั่งยืนต่อไป แก่ผู้รับบริการโดยตรงสามารถนำไปใช้ได้ทุกมุมมองของการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพซึ่งเป็นผลให้ เกิดประสบการณ์ สุขภาพในทางบวกต่อไปตลอดช่วงชีวิต

๓.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพการรับรู้ มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน คือ “Percipere” ซึ่ง Per หมายถึง “ผ่าน” และ Cipere หมายถึง “การนำ” ในพจนานุกรมของ เว็บบสเตอร์ ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ คือ การแสดงออกถึง ความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจตนเอง มีนักวิชาการได้ศึกษา และให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังการรับรู้ ภาวะสุขภาพ Pender กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนาย พฤติกรรมของบุคคลเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิด ต่อการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความ รับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock^{๒๐} ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลโดยองค์ประกอบสำคัญ คือ

๓.๔.๑ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความคิดความเชื่อของ บุคคลที่ทราบว่าการเกิดโรคตามแนวทางของตน เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด การรับประทานอาหารที่มีสีผสมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารไม่ครบ ๕ หมู่ มีโอกาสที่จะรับ เชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่ร่างกายอันเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคการรับรู้ความไม่สบาย เมื่อร่างกายเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตนเองในการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีความปลอดภัยที่จะเกิดภาวะเชื้อ โรคเข้าสู่ร่างกายได้ยาก และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อยลง

๓.๔.๒ การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ถึงความเจ็บปวดเมื่อ ร่างกายมีบาดแผลจากอุบัติเหตุ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเรือน หรือสถานที่ทำงานมีส่วน ล่อแหลมให้ เกิดอันตราย การรับรู้ ความพิการทางสมองหรือรับรู้ การบกพร่องในส่วนต่างๆของ ร่างกายทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน นำไปสู่ความพิการทางร่างกาย และการเสียชีวิต

สรุปได้ คือ แม้ว่าบุคคลจะมีอาการรับรู้ว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมแต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมี ผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย การงาน ครอบครัว และบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นความรู้สึกนึก คิดของบุคคล ต่อการเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีลลิกา มัติโก^{๒๑} (๒๕๓๐) กล่าวว่าเมื่อบุคคลตระหนัก และรับรู้ ถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด บุคคลจะมี พฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บปวด คือ ๑. ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลย ๒. ใช้ยารักษาตนเอง ๓. การ รักษาโดยวิธี ต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา และ ๔. การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข

ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งแบ่งเป็น ๖ ด้านดังนี้

๑. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และตรวจสุขภาพของ

^{๒๐} Rosentok, I.M., “Historical Origins of the Health Belief Model,” in *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Edited by M.H. Becker. (Nes Fersy : Charles B. Slack, 1974), p. 79.

^{๒๑} มัลลิกา มัติโก. “แนวความคิดในการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง,” ในการดูแลตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า ๑-๒๔. บรรณาธิการโดย พิมพิวัลย์ ปริดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรัญญา บุรนนท์. (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แสงแดด.(๒๕๓๐).

ตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจเต้านม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปฏิบัติตามกฎหมาย จรรยาบรรณ และกฎหมายของบ้านเมืองการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรก

๒. โภชนาการอาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญกับการดำรงชีวิตจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการครบ ๓ มื้อ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ และที่สำคัญจะต้องรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค และสารเคมีจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อย ดำรงชีวิตเป็นปกติหรือทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีในทางตรงกันข้ามหากรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวันจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางโภชนาการ ซึ่งถ้ารับประทานอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอจะก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหาร ส่วนสูงจะไม่เต็มที่ การพัฒนาการจะช้ากว่าปกติ โดยเฉพาะลักษณะทางเพศแต่ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภาวะโภชนาการที่ดี

๓. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมเป็นการช่วยให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวเพื่อใช้พลังงาน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์หรือบันไดเลื่อน เดินในระยะทางครึ่งถึง ๑ กิโลเมตรเพื่อทำกิจวัตรต่างๆ เป็นต้น การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกายได้เคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังผ่อนคลายความตึงเครียดความวิตกกังวล ทำให้อารมณ์ดี และยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บด้วยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น ประกอบกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบันขาดการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวันการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างให้ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค เจริญเติบโตรูปร่างได้ สดส่วน นำไปสู่การพัฒนาทางร่างกาย และสติปัญญาตามวัย แต่ในขณะเดียวกันการออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดผลร้าย และเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ วัย และสิ่งแวดล้อม

๔. การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกาย และจิตใจขาดสมดุล อันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไป และปัจจัยทางด้านการเรียน ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจเช่นรู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะ เหนื่อยหอบ หงุดหงิด วิตก กังวล โกรธ ซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้ร่างกาย และจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ในการปรับตัวถ้าหากการปรับตัวไม่ สามารถรักษาความสมดุลของร่างกาย และจิตใจในขณะที่เกิดความเครียดไว้ได้ ก็จะมีอาการเจ็บป่วยดังนั้นการจัดการกับความเครียด จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี

๕. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมด้านต่างๆนอกจากนี้ ถ้าได้รับการสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้นโดยการทำที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ได้นั้นต้องเริ่มที่การพัฒนาตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่ายให้ความรักความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเปิดเผยตนเอง เมื่อมีปัญหาถ้าจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

๖. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นระดับการรับรู้สติที่สูงขึ้นสุขภาพจิต ด้านจิตวิญญาณ จึงเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการพัฒนาธรรมชาติของจิตวิญญาณให้มี ศักยภาพในระดับสูงสุด เป็นความสามารถในการค้นหา และความชัดเจนของเป้าหมายขั้นพื้นฐานในชีวิต เรียนรู้ถึงประสบการณ์ด้านความรัก ความสนุกสนานรื่นเริง ความสงบสุข และความสมบูรณ์เพียบพร้อม และรู้ว่าจะช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุ ศักยภาพสูงสุดได้อย่างไรในการ ประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจะต้องประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการด้วย เนื่องจาก ความเชื่อด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลมี ผลต่อการแปลความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต ในการ ประเมินด้านจิตวิญญาณ จึงต้องถามข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นสมาชิกภาพในเรื่องของศาสนา และ เจาะลึกลงไปถึงความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับการให้ความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังการตาย

ความสัมพันธ์เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่ง เช่น การสร้างความสัมพันธ์ให้ เกิดขึ้นภายในตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกจากการสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี และเติมไปด้วยคุณค่า การสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ เกิดเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่มี เป้าหมายอย่างใหญ่ในชีวิต และความเชื่อด้านศาสนาหรือปรัชญา เช่น การมีจิตผูกพันในเรื่องการมี เมตตาจิตของมนุษย์ หรือความเชื่อในพระเจ้าดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งการส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้ บุคคลได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริม สุขภาพตนเอง ทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของ Pender เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการบริโภค เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต^{๒๒}

๒.๑.๗ พระภิกษุ ธรรมะ และพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

พระภิกษุเป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง พระภิกษุ ยังต้องนำพุทธ วิธีต่างๆ ของพระพุทธศาสนาใช้ในการบริหาร การอำนวยความสะดวก การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ พระพุทธศาสนาเพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหา บ้าน วัด โรงเรียน เป็นผู้ให้ด้วยศิลปะในการให้การมี มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีการใช้หลักธรรม (สังคหวัตถุ ๔) เพื่อครองใจคนการประสานสามัคคีในหมู่ชนเพื่อ ให้เกิดความรักความสามัคคีกันพระภิกษุ จะต้องสามารถครองตน ครองคน ครองงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ^{๒๓}

วินัยสงฆ์ หรือ พระวินัย เป็นกฎหมายของพระภิกษุ เป็นเครื่องควบคุมความประพฤติ การปฏิบัติตนของพระภิกษุพระวินัยนั้นพระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติตามเหตุที่บังเกิดขึ้นเมื่อมีพระภิกษุ ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมหรือทำความเสียหายอย่างใดอย่างหนึ่ง ข้อห้ามนั้นจึงบัญญัติขึ้นเป็นพระวินัยห้ามมิ

^{๒๒} ฟาริดา อิบราฮิม, *สาระการบริหารการพยาบาล*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สาม เจริญพาณิชย์, ๒๕๕๐), หน้า ๒๑.

^{๒๓} ปณณธร ชัชวรัตน์, “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด พะเยา”, *รายงานการวิจัย*, (พะเยา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา, ๒๕๕๓), หน้า ๔๓.

ให้พระภิกษุทำอีกต่อไป การทำผิดพระวินัยเรียกว่าอาบัติ พระภิกษุ อาบัติต้องรับโทษหนักเบาตาม ความรุนแรงของอาบัติที่กระทำพระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติ ชั้นความผิดที่รุนแรงมากน้อยตามลำดับ ดังนี้ คือ ความผิดขั้นสูงสุด เรียกว่าปาราชิก ชั้นรองลงมาตามลำดับคือ สังฆาทิเสส อนินยต นิสัสัคคิย ปาจิตตีย์ แต่ละชั้นมีจำนวนและรายละเอียดต่างกันไปแล้วรวมแล้วเป็นข้อห้ามทั้งหมด ๒๒๗ ข้อ การ ไม่ ทำสิ่งที่ทรงห้ามทั้ง ๒๒๗ ข้อ ก็ คือการรักษาศีล ๒๒๗ ข้อ ที่พระภิกษุทุกรูปต้องถือปฏิบัติให้ เคร่งครัด^{๒๔}

ในการปฏิบัติตามวินัยของสงฆ์บางข้อ เช่น เรื่องการฉัน (รับประทาน) อาหาร (โภชนปฏิสังยุตต์) ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน ห้ามฉันอาหารที่ไม่ได้รับประเคน ไม่ฉันดั่งจับๆ ชูตๆ ไม่ฉันโปรยเมล็ดข้าว ห้ามดื่มสุราเมรัย การเคลื่อนไหวที่ต้องสำรวม (สารูป) เช่น การไม่สั่นศีรษะ ไม่เดินกระเหย่งเท้า ไม่โคลงกาย และไม่นั่งรัดเข่า เป็นต้น เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดจริยวัตร (๕) ที่ทำให้ พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จะมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

กิจวัตรหน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติ ความประพฤติ ท่วงที วาจา และกิริยามารยาท กิจวัตร กิจวัตรของพระสงฆ์ มี ๑๐ อย่าง เหล่านี้ เป็นกิจใหญ่ ควรที่พระสงฆ์จะต้องศึกษาให้มีทราบ ความชัดและจำไว้เพื่อปฏิบัติสมควรแก่สารูปแห่งตน

๑. ลงอุโบสถ
๒. บิณฑบาตเลี้ยงชีพ
๓. สวดมนต์ไหว้พระ
๔. กวาดอวาสวิหารลานพระเจดีย์
๕. รักษาผ้าครอง
๖. อยู่ปริวาสกรรม
๗. โขนผมปลงหมวดตัดเล็บ
๘. ศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์
๙. เทศนาปติ
๑๐. พิจารณาปัจจาเวกขณะทั้ง ๔

ระเบียบวินัยและมารยาทในฉันอาหารของพระสงฆ์ โภชนวรรค วรรคว่าด้วยการฉัน อาหาร เป็นวรรคที่ ๔ มี ๑๐ สิกขาบท คือ

สิกขาบทที่ ๑ โภชนวรรค ในปาจิตตियกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารในโรงพักเดินทางเกิน ๑ มื้อ) ภิกษุฉันพัคคีย์ ไปฉันอาหารในโรงพักเดินทางที่คณะเจ้าของเขาจัดอาหารให้เป็นทานแก่คนเดินทางที่ มาพักแล้ว เลยถือโอกาสไปพักและฉันเป็นประจำเป็นที่ติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติ สิกขาบทว่า ภิกษุ พึงฉันอาหารในโรงพักเพียงมื้อเดียว ถ้าฉันเกินกว่านั้น ต้องปาจิตตีย์ภายหลังทรง ผ่านผันให้ภิกษุใช้ ซึ่งเดินทางต่อไปไม่ไหวฉันเกินมื้อเดียวได้

สิกขาบทที่ ๒ โภชนวรรค ในปาจิตตियกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารรวมกลุ่ม) พระเทวทัตเสื่อม ลากสักการะจึงต้องเที่ยวขออาหารเขาตามสกุล ฉันรวมกลุ่มกับบริษัทของตน มนุษย์ทั้งหลายพากันติ

^{๒๔} พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), บทบาทของสถาบันพระพุทธศาสนากับการจัดการศึกษา, (กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดีด, ๒๕๔๖), หน้า ๕๔.

เตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุฉันอาหารรวมกันต้องอาบัติปาจิตตีย์ภายหลัง ทรงผ่อนผันให้เมื่อเป็นไข้, เมื่อถึงหน้าถวยจิวร, เมื่อถึงครราวทำจิวร, เมื่อเดินทางไกล, เมื่อไปทางเรือ, เมื่อประชุมกันอยู่มากๆ และเมื่อนักบวชเป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหาร

สิกขาบทที่ ๓ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามรับนิมนต์แล้ว ไปฉันอาหาร ที่อื่น) กรรมกรผู้ยากจนคนหนึ่งนิมนต์ภิกษุสงฆ์ มีพระพุทธเจ้าเป็นประมุขไปฉันที่บ้าน ภิกษุทั้งหลายไปเที่ยว บิณฑบาตฉันเสียก่อน (อาจจะเกรงว่าอาหารเลวหรือไม่ พอฉัน) เมื่อไปฉันที่บ้านกรรมกรคนนั้นจึงฉัน ได้เพียงเล็กน้อย (เพราะอิ่มมาก่อนแล้ว) ความจริงอาหารเหลือเพื่อ เพราะชาวบ้านรู้ข่าวเอาของไปช่วย มาก พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติ สิกขาบทว่า เป็นอาบัติปาจิตตีย์ เพราะรับนิมนต์ แล้วไปฉัน อาหารรายอื่นก่อน ภายหลังทรงผ่อนผันให้ ในยามเจ็บไข้, ในหน้าถวยจิวร, ในครราวทำจิวร และมอบ ให้ภิกษุอื่นฉันในที่นิมนต์แทน

สิกขาบทที่ ๔ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามรับบิณฑบาตเกิน ๓ บาตร) มารดา นางกาณา ทำขนมไว้จะให้บุตรนำไปสู่สกุลแห่งสามี ภิกษุเข้าไปรับบิณฑบาตแล้วกลับบอกกันต่อไปให้ ไปรับนางจึงถวายจนหมด แม้ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓ ที่ทำขนมก็เกิดเรื่องทำนองนี้ จนบุตรของนางกาณา ไม่ได้ไปสู่สกุลสามีสักที ทำให้เกิดความเสียหายแก่บุตรของนาง พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติ สิกขาบทว่าภิกษุเข้าไปสู่สกุล ถ้าเขาปรารถนาด้วยขมหรือด้วยข้าวสัตตุดม เพื่อนำไปได้ตามปรารถนา ฟังรับเพียงเต็ม ๒-๓ บาตร ถ้ารับเกินกว่านั้น ต้องปาจิตตีย์ ทางที่ชอบ ภิกษุรับ ๒-๓ บาตรแล้วพึง นำไปแบ่งกับภิกษุทั้งหลาย

สิกขาบทที่ ๕ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามฉันอีกเมื่อฉันในที่นิมนต์เสร็จแล้ว) ภิกษุรับนิมนต์ไปฉันบ้านพรหมณ์คนหนึ่งแล้วบางรูปไปฉันที่อื่นหรือไปรับบิณฑบาตอีกพรหมณ์ติเตียนแสดงความน้อยใจ จึงทรงบัญญัติ สิกขาบทว่า ภิกษุฉันเสร็จแล้วบอกไม่ รับอาหารที่ เขาเพิ่มให้ แล้วเคี้ยวหรือฉันของเคี้ยวของฉันต้องปาจิตตีย์ ภายหลังทรงอนุญาตให้ฉันอาหารที่เป็นเดนได้

สิกขาบทที่ ๖ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามพูดให้ภิกษุที่ฉันแล้วฉันอีกเพื่อจับผิด) ภิกษुरुพหนึ่งรู้ว่าภิกษุอีกรูปหนึ่งฉันในที่นิมนต์เสร็จแล้ว แกล้งแค้นไค้ให้ฉันอาหารอีก เพื่อจับผิดเธอ (ตามสิกขาบทที่ ๕) พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทปรับอาบัติปาจิตตีย์แก่ภิกษุผู้ทำเช่นนั้น

สิกขาบทที่ ๗ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารในเวลาวิกาล) ภิกษุพวก ๑๗ ฉันทอาหารในเวลาวิกาล พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบทปรับอาบัติปาจิตตีย์แก่ภิกษุผู้ฉันอาหาร ในเวลาวิกาล (ตั้งแต่เที่ยงไปจนรุ่งอรุณ)

สิกขาบทที่ ๘ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน) พระเวฬุภริยา สีสะเก็บข้าวตากไว้ฉันในวันอื่น พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติ สิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตตีย์แก่ภิกษุผู้ ฉันทอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน

สิกขาบทที่ ๙ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามขออาหารประณีตมาเพื่อตนเอง) ภิกษุฉัพพัคคีย์ขออาหารประณีต คือ เนยใส, เนยข้น, น้ำมัน, น้ำผึ้ง, น้ำอ้อย, ปลา, เนื้อ, นมสด, นม, สัม มาเพื่อตนเอง เป็นที่ติเตียน พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท ปรับอาบัติปาจิตตีย์ แก่ภิกษุ ผู้ทำเช่นนั้นเว้นไว้แต่อาพาธ

สิกขาบทที่ ๑๐ โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (ห้ามฉันอาหารที่มีได้รับประเคน) ภิกษุ รูปหนึ่งไม่ชอบรับอาหารที่ มนุษย์ถวาย จึงไปถือเอาเครื่องเช่นที่เขาทิ้งไว้ตามสุสานบ้างตามต้นไม้บ้าง

ตามหัวบันไดบ้าง มาฉันเป็นที่ติเตียนของคนทั้งหลาย พระผู้มีพระภาคจึงทรงบัญญัติสิกขาบท
ปรับอบัติปาจิตตีย์แก่ภิกษุผู้ฉันอาหารที่เขามิได้ให้ (ประเคน) เว้นไว้แต่น้ำและไม้สัฟิน

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่าย

๒.๒.๑ แนวคิดการสร้างเครือข่าย

แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายนั้นมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้คนในสังคมที่มา
รวมตัวกันเป็น องค์กร และเครือข่าย เพื่อการพัฒนา การแก้ไขปัญหา และการสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็น
ประโยชน์ต่อปัจเจกบุคคลและสังคม โดยเป็นคำที่นำมาใช้ในแวดวงการพัฒนาสังคม ที่กล่าวถึงระบบ
ความสัมพันธ์ในสังคมนมนุษย์ที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย นับตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับ
กลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่ายซึ่งเป็นระบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม
การสื่อสารความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์
ที่หลากหลาย และมีการกระจายตัวไปตามหน่วยย่อย หรือปัจเจกบุคคลในสังคมด้วย เครือข่ายนั้น
เริ่มต้นจากการอธิบายความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่ม หรือชุมชนเพื่อ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือพึ่งพาจนกระทั่งสามารถสร้างพลังอำนาจการต่อรอง และต่อมาก็มีการ
ขยายความสัมพันธ์นั้นไปสู่ระดับที่กว้างขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับองค์กรเครือข่ายพันธมิตรอื่นๆ ที่
เป็นการส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานตามประเด็นปัญหาที่
ต้องการแก้ไข^{๒๕} แนวคิดการสร้างเครือข่ายในการทำงานเชิงพัฒนามีแนวโน้มที่จะเป็นการสร้าง
เครือข่ายระหว่างองค์กรที่ทำงานพึ่งพิงซึ่งกันและกันมากกว่าที่จะแข่งขันกันมีทฤษฎีและแนวคิด
ที่อธิบายการสร้างเครือข่ายการทำงาน ได้แก่

๑. ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) อธิบายถึงการแลกเปลี่ยน
ผลประโยชน์ระหว่างกัน ดังนั้นเหตุผลหลักที่จะทำให้เครือข่ายเกิดขึ้นได้โดยสมัครใจก็คือแต่ละ
ฝ่ายมองเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการเข้าร่วมเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจที่จะ
ประสานกันหรือเข้าร่วมเป็นเครือข่าย

๒. แนวคิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นการผนึกกำลังในลักษณะที่มากกว่าหนึ่ง
บวกหนึ่งเท่ากับสองแต่ต้องเป็นหนึ่งบวกหนึ่งมากกว่าสอง หมายความว่าการทำงาน
นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าหรือเข้มแข็งมากกว่าการที่แต่ละองค์กรจะทำงานโดยโดดเดี่ยว

๒.๒.๒ ความหมายของเครือข่าย

Paul Starkey ให้ความหมายของ "เครือข่าย" ว่า คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจ
แลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิก
ยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตนการสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กร
ที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้ง

^{๒๕} พระมหาสุทิตย์ อากาศโร, เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ, พิมพ์ครั้งที่ ๑,
(กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๘)

ให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบฟุ้งฟิง^{๒๖}

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ กล่าวถึง เครือข่ายว่า หมายถึงการที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใดได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์ หรือข้อตกลง อย่างเป็นระบบโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เช่น การปฏิรูป การศึกษาโดยกลุ่มเครือข่ายที่ต้องมีการแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน^{๒๗}

พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ กล่าวว่าเครือข่ายคือแนวคิดที่มาจากกการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้คนในสังคมที่มารวมตัวกันเป็นกลุ่ม องค์กร และเครือข่าย เพื่อการพัฒนา การแก้ไข ปัญหา และการสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อปัจเจกบุคคลและสังคมโดยเป็นคำที่นำมาใช้ใน แวดวงการพัฒนาสังคม อันกล่าวถึงระบบความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย นับตั้งแต่ในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย ซึ่งเป็นระบบ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม การสื่อสาร การร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ โดยมีโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์ที่หลากหลาย และมีการกระจายตัวไปตามหน่วยย่อยหรือ ปัจเจกบุคคลในสังคม โดยเครือข่ายนั้นเริ่มต้นจากการอธิบายความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่าง ปัจเจกบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ช่วยเหลือพึ่งพา จนกระทั่งสามารถสร้างพลัง และอำนาจต่อรอง และต่อมาก็มีการขยายความสัมพันธ์นั้นไปสู่ระดับที่กว้างขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับ องค์กร เครือข่ายพันธมิตรอื่น ๆ ^{๒๘}

อเนก นาคะบุตร ให้ความหมายของเครือข่าย หมายถึงการรวมกลุ่มของบุคคลในชุมชน บุคคลระหว่างชุมชน กลุ่มกับกลุ่ม ชุมชนกับชุมชน โดยยึดหลักตามขอบเขตพื้นที่ประเด็นปัญหาและ สถานภาพทางสังคม โดยไม่แยกระหว่างการเรียนรู้กับวิถีชีวิต การเรียนรู้และการปฏิบัติ เนื้อหาและ กระบวนการเรียนรู้ที่เป็นหนึ่งเดียว^{๒๙}

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ กล่าวว่าเครือข่ายคือการเชื่อมโยงของกลุ่มคนหรือองค์กร ที่สมัคร ใจจะแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนในข่ายด้วยความ เป็นอิสระเท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิเชื่อถือเอื้ออาทรซึ่งกัน และกัน และมีการ ระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกดำเนินกิจกรรม บางอย่างร่วมกัน เพื่อน นำไปสู่จุดหมายที่ เห็นพ้องต้องกัน^{๓๐}

^{๒๖} Paul Starkey, **Networking for Development**, (London : International Forum for Rural Transport and Development, ๑๙๙๗), p.๕๘.

^{๒๗}เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, **การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป การศึกษา**, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทซัคเซสมิเดีย จำกัด, ๒๕๔๓), หน้า ๒๘.

^{๒๘}พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ, **พระพุทธศาสนากับการพัฒนาสังคม**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหา จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๕๕.

^{๒๙}อเนก นาคะบุตร, **เครือข่ายการเรียนรู้ของชาวเขาที่ขายสินค้าในเขตเชียงใหม่**, (เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๓๓), หน้า ๒๘.

^{๓๐}อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, **กลยุทธ์ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์**, (กรุงเทพมหานคร : เอช อาร์ เซ็นเตอร์, ๒๕๕๑), หน้า ๗.

นฤมล นิราทร กล่าวว่าการเครือข่ายมีความหมายได้หลายลักษณะซึ่งหากมองในเชิงโครงสร้าง เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของจุดต่างๆ ซึ่งเชื่อมโยงต่อกันด้วยเส้นโดยจุดต่างๆ คือบุคคลหรือกลุ่ม ส่วนเส้นที่เชื่อมนี้คือ ความสัมพันธ์ที่บุคคลหรือกลุ่มต่างๆมีต่อกัน^{๓๑}

ชาติชาย ณ เชียงใหม่ กล่าวว่าเครือข่ายสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของคนในสังคมที่กลุ่มบุคคลมีต่อกัน โดยคุณลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ เครือข่ายทางสังคมนี้ประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมด การเรียนรู้ของบุคคล หรือกลุ่มองค์กรใดก็ตามย่อมสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายสังคมนั้นๆ เช่น ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ เพื่อน และความสัมพันธ์ในฐานะของบุคคลหรือองค์กรที่มีปัญหา มีกิจกรรมที่ปฏิบัติทางสังคมร่วมกันที่จะทำให้ชุมชนสามารถดำรงได้^{๓๒}

สรุป เครือข่ายหมายถึง กลุ่มของคน องค์กร หรือกลุ่ม ที่มีความสนใจในการเรียนรู้ การร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์ระหว่างกัน โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสัมพันธ์ระหว่างกันในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านความเป็นอยู่ และอื่น ๆ โดยมีการ ความตระหนักร่วมกันและมีเป้าหมายและแผนงานที่จะทำ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นหรือมองไม่เห็น เป็นรูปธรรมก็ได้ ซึ่งการเชื่อมโยงระหว่างกันที่จะเห็นเป็นรูปธรรมของเครือข่ายมี ๓ ลักษณะ คือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสารและเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน

๒.๒.๓ การก่อเกิดของเครือข่าย

เครือข่ายแต่ละเครือข่าย ต่างมีจุดเริ่มต้น หรือถูกสร้างมาด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน แบ่งชนิดของเครือข่ายออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑) เครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ

เครือข่ายชนิดนี้มักเกิดจากการที่ผู้คนมีใจตรงกัน ทำงานคล้ายคลึงกันหรือประสบกับสภาพปัญหาเดียวกันมาก่อน เข้ามารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกันแสวงหาทางเลือกใหม่ที่ดีกว่า การดำรงอยู่ของกลุ่มสมาชิกในเครือข่ายเป็นแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นภายในตัวสมาชิกเอง (ฉันทะ) เครือข่ายเช่นนี้มักเกิดขึ้นในพื้นที่ อาศัยความเป็นเครือญาติ เป็นคนในชุมชนหรือมาจากภูมิลำเนาเดียวกันที่มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่คล้ายคลึงกัน มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มโดยจัดตั้งเป็นชมรมที่มีกิจกรรมร่วมกันก่อน เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นจึงขยายพื้นที่ดำเนินการออกไป หรือมีการขยายเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ของกลุ่มมากขึ้น ในที่สุดก็พัฒนาขึ้นเป็นเครือข่ายเพื่อให้ครอบคลุม

^{๓๑} นฤมล นิราทร, การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ, (กรุงเทพมหานคร : โครงการระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ, ๒๕๔๓), หน้า ๖.

^{๓๒} ชาติชาย ณ เชียงใหม่, “การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับพฤติกรรมทางการเมืองของชาวนาในภาคเหนือ”. รมกับหมู่บ้านในไทยศึกษา, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๓), หน้า ๒๐๙-๒๑๔.

ต่อความต้องการของสมาชิกได้กว้างขวางขึ้น เครือข่ายประเภทนี้ มักใช้เวลาก่อร่างสร้างตัวที่ยาวนาน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว มักจะเข้มแข็ง ยั่งยืน และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเพิ่มขึ้น

๒) เครือข่ายจัดตั้ง

เครือข่ายจัดตั้ง มักจะมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายหรือการดำเนินงานของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การจัดตั้งอยู่ในกรอบความคิดเดิมที่ใช้กลไกของรัฐผลักดันให้เกิดงานที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว และส่วนมากภาคีหรือสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายมักจะไม่ได้อาศัยพื้นฐาน ความต้องการ ความคิด ความเข้าใจ หรือมุมมองในการจัดตั้งเครือข่ายที่ตรงกันมาก่อนที่จะเข้ามารวมตัวกัน เป็นการดำเนินงานเฉพาะกิจชั่วคราวที่ไม่มีความต่อเนื่อง และมักจะจางหายไปเร็วที่สุด เว้นแต่ว่าเครือข่ายจะได้รับการชี้แนะที่ดี ดำเนินงานเป็นขั้นตอนจนสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดเป็นความผูกพันระหว่างสมาชิกจนนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มสมาชิกจะยังคงรักษาสถานภาพของเครือข่ายไว้ได้ แต่มีแนวโน้มที่จะลดขนาดของเครือข่ายลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อตั้ง

๓) เครือข่ายวิวัฒนาการ

เป็นการถือกำเนิดโดยไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติตั้งแต่แรก และไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยตรงแต่มีกระบวนการพัฒนาผสมผสานอยู่ โดยเริ่มที่กลุ่มบุคคล/องค์กรมารวมกันด้วยวัตถุประสงค์กว้างๆ ในการสนับสนุนกันและเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยยังไม่ได้สร้างเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะที่ชัดเจนนัก หรืออีกลักษณะหนึ่งคือถูกจุดประกายความคิดจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับฟัง หรือการไปได้เห็นการดำเนินงานของเครือข่ายอื่นๆ มา แล้วเกิดความคิดที่จะรวมตัวกัน สร้างพันธสัญญาเป็นเครือข่ายช่วยเหลือและพัฒนาตนเอง เครือข่ายที่วานี้แม้จะไม่ได้เกิดจากแรงกระตุ้นภายในโดยตรงตั้งแต่แรก แต่ถ้าสมาชิกมีความตั้งใจจริงที่เกิดจากจิตสำนึกที่ดี เมื่อได้รับการกระตุ้นและสนับสนุน ก็จะสามารถพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งทำนองเดียวกันกับเครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เครือข่ายในลักษณะนี้พบเห็นอยู่มากมาย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

๒.๒.๔ ประเภทและรูปแบบของเครือข่าย

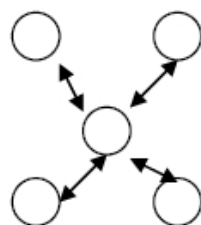
ประเภทและรูปแบบของเครือข่ายมีความแตกต่างกันไปตามนิยามและกิจกรรมที่แต่ละกลุ่ม หรือผู้ที่ใช้กิจกรรมเครือข่ายกำหนดขึ้น โดยได้มีผู้แบ่งประเภทและรูปแบบของเครือข่ายไว้ดังนี้

Hanson กล่าวถึงเครือข่ายของการสื่อสาร (Communication Networks) ว่า การส่งข่าวสารภายในหรือระหว่างองค์การโดยผ่านเครือข่ายนั้นมีรูปแบบของการสื่อสารอยู่ ๕ รูปแบบที่แตกต่างกัน ได้แก่

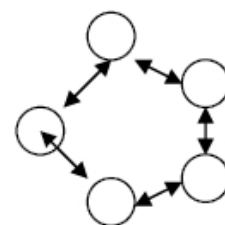
รูปแบบการสื่อสาร



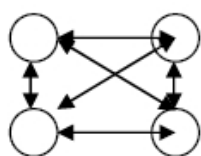
1. แบบลูกโซ่ (Chain)



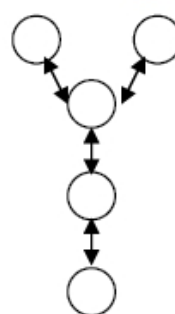
2. แบบวงล้อ (Wheel)



3. แบบวงกลม (Circle)



4. แบบทุกช่อง (All Channel)

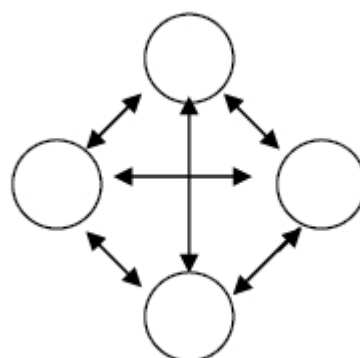


5. แบบค้ววย (Y-shape)

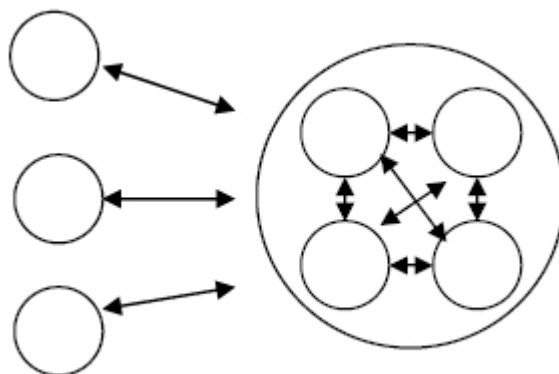
แผนภาพที่ ๒.๕ แสดงรูปแบบเครือข่าย

ลักษณะของเครือข่าย

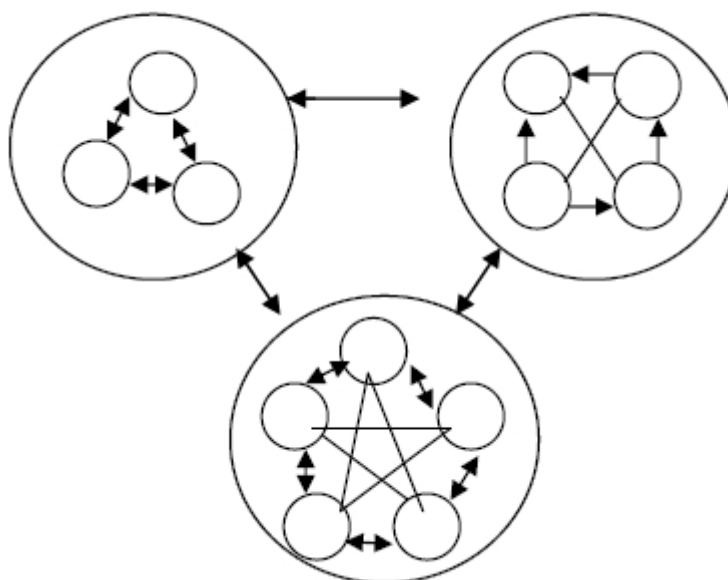
๑) การเชื่อมโยงของปัจเจกต่อปัจเจก



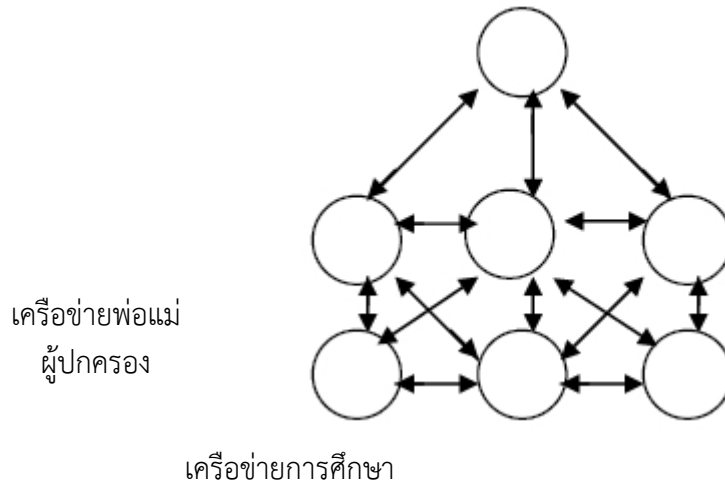
๒) การเชื่อมโยงของปัจเจกต่อกลุ่ม



๓) การเชื่อมโยงของกลุ่มต่อกลุ่ม



๔) การเชื่อมโยงของเครือข่ายต่อเครือข่าย
เครือข่ายท้องถิ่น



แผนภาพที่ ๒.๖ แสดงลักษณะเครือข่าย

พระมหาสุทิตย์ อากาศโร^{๓๓} กล่าวถึงประเภทของเครือข่ายทางสังคม ว่า ในการดำเนินการที่จะพัฒนาชุมชน การใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้มองเห็นขอบเขตการทำงานที่กว้างไกลมากขึ้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างเรียนรู้ของทุกฝ่ายโดยประเภทของเครือข่ายทางสังคมมี ๓ ประเภท คือ

๑) เครือข่ายเชิงพื้นที่ หมายถึง องค์กรเครือข่ายที่อาศัยพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่งเป็นปัจจัยหลักในการทำกิจกรรมเป็นการดำเนินการรูปแบบบูรณาการที่ไม่แยกส่วนของประเด็นปัญหา และการพัฒนาออกจากการ ยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล องค์กร ชุมชน และเครือข่ายย่อย โครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กร ชุมชน และเครือข่ายเชิงพื้นที่นั้น สามารถจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ได้หลายระดับ ตามพื้นที่ตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การแบ่งองค์กร ชุมชน และเครือข่ายตามระบบการปกครองทางภาครัฐ ได้แก่ เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เช่น สภาองค์กรชุมชนตำบลแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เครือข่ายภาคประชาคม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายประชาคมจังหวัดน่าน เครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น เครือข่ายป่าชุมชนภาคเหนือ เครือข่ายระดับประเทศ เช่น เครือข่ายสมาพันธ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย เครือข่ายขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น เครือข่ายการพัฒนาของกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง และขององค์กรพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) เป็นต้น หรือการแบ่งที่ตามแรงของทรัพยากรธรรมชาติ เช่น เครือข่ายลุ่มน้ำปิง เครือข่ายอ่าวปัตตานี เครือข่ายป่าเขาสูง เป็นต้น โดยมีกระบวนการทำงานทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ มีการรวมศูนย์กิจกรรม

^{๓๓} พระมหาสุทิตย์ อากาศโร, พระพุทธศาสนากับการพัฒนาสังคม, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๖๒-๖๓.

เข้าสู่ศูนย์กลางในระดับพื้นที่ขนาดใหญ่ และอาจมีศูนย์ประสานย่อยในพื้นที่ขนาดเล็ก เพื่อให้เกิดกิจกรรมและการสื่อสารระหว่างกัน

๒) เครือข่ายสังคมเชิงประเด็น ซึ่งเป็นเครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรมประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กรโดยมองข้ามมิติในเชิงพื้นที่ ซึ่งมีขอบเขตจำกัดเฉพาะพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง แต่มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้นๆ เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม ยาเสพติด สิทธิชุมชน การพัฒนาการศึกษา เป็นต้น และพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นร่วมของประชาชนในหลายพื้นที่ และเป็นประเด็นในระดับนโยบาย ที่จะต้องมีการดำเนินการในเชิงกฎหมาย และการจัดการในลักษณะสหวิทยาการโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนั้น สามารถจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรชุมชนเครือข่าย ได้อย่างมากมายตามความสนใจที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการและใช้หลักของกิจกรรม หรือประเด็นที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนด เช่น เครือข่ายป่าชุมชนซึ่งเป็นเครือข่ายของกลุ่มชาวบ้าน ที่ร่วมดำเนินการผลักดันพระราชบัญญัติป่าชุมชน เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นเครือข่ายที่นำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพื้นที่ เครือข่ายธนาคารหมู่บ้าน และกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เป็นเครือข่ายที่รวมองค์กรชุมชนที่ดำเนินการในเรื่องของการออมทรัพย์ของประชาชน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเครือข่ายที่รวมกลุ่มของผู้ที่ต้องการให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคในมิติต่างๆ หรือเครือข่ายอื่นที่มีการตั้งชื่อตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น เช่น เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายปฏิรูปการศึกษา เครือข่ายสิทธิมนุษยชน เป็นต้น โดยมีโครงสร้างสัมพันธ์ทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ และจะมีองค์กรแม่ข่าย หรือหน่วยงานหลักที่ทำงานในด้านนั้นๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนการทำงาน of เครือข่ายย่อย ในระดับพื้นที่ซึ่งแต่ละเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ต่างๆ มีความเป็นอิสระในการที่จะดำเนินการกับประเด็นนั้นๆ กิจกรรมนั้นๆ ภายใต้ศักยภาพของตน

๓) องค์กรชุมชนและเครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ ได้แก่ องค์กรชุมชนและเครือข่ายที่เกิดขึ้นหรืออาศัยภารกิจ และการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคม ได้แก่ ภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นแนวทางในการจัดการองค์กร และเครือข่าย โดยเป็นองค์กรและเครือข่ายที่เน้นการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หลักของหน่วยงาน หรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์อันนั้น โดยกลุ่มผลประโยชน์อาจให้การสนับสนุนในการจัดตั้งองค์กร และเครือข่ายให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีกระบวนการดำเนินการที่สอดคล้องกับภารกิจ และเป้าหมายหลักของกลุ่มผลประโยชน์ หรือหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งเครือข่ายในแต่ละภาคส่วนนั้น อาจมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเชิงพื้นที่ และเครือข่ายประเด็นกิจกรรมได้ ถ้าแต่ละฝ่ายเห็นความสำคัญในการรวมพลังเพื่อการแก้ไขปัญหาในภาพรวม

๒.๒.๕ กระบวนการสร้างเครือข่าย

Starkey ^{๓๔} ได้เสนอแนวทางในการสร้างเครือข่ายดังนี้

๑) เชิญองค์กรและผู้มีส่วนได้เสียมาร่วมประชุมโดยมีหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลประโยชน์ร่วมหรือเป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้องกันมอบหน้าที่ในการบริหารจัดการการประชุมให้กับบรรดาผู้มีส่วนได้เสีย ร่วมกันรับผิดชอบการหาข้อตกลงร่วมในกิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ร่วมดังกล่าว

๒) กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเครือข่าย ทิศทางกิจกรรมหลักและคุณสมบัติของสมาชิกให้ชัดเจนโดยให้สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดด้วย เพื่อป้องกันการครอบงำจากกลุ่มคนบางกลุ่ม ทั้งนี้ควรมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของสังคม และความต้องการของสมาชิก

๓) จัดตั้งกลุ่มแกนของเครือข่ายที่ปวารณาตัวเข้ามาทำหน้าที่ประสานงาน จัดการและส่งกำลังบำรุงให้กับสมาชิกซึ่งต้องไม่อยู่กับกิจกรรมประจำวันขององค์กรตัวเอง และกลุ่มแกนต้องดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายให้บังเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ต้องมีการหมุนเวียนเปลี่ยนกลุ่มผู้นำ เครือข่ายเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิกและป้องกันการผูกขาดอำนาจ

๔) ความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และความผูกพันที่เหนียวแน่น มีส่วนอย่างสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่าย ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจการเลือกกิจกรรม และวิธีการทำงานของเครือข่ายในลักษณะประชาธิปไตย

๕) เครือข่ายต้องมีวิธีการจัดหาและจัดการทรัพยากร เพื่อความมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนกิจการของเครือข่าย และความสามารถในการพึ่งตนเอง ทรัพยากรนี้ไม่ได้หมายถึงเงินทุนเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความรวมไปถึงคุณภาพของสมาชิก วิธีการจัดการแบบมีส่วนร่วมเทคโนโลยีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ

๖) ทำให้เครือข่ายมีสถานภาพถูกต้องตามกฎหมายเพื่อให้เครือข่าย และผู้นำเครือข่ายได้รับการสนับสนุน และความไว้วางใจจากสมาชิกเครือข่าย อีกทั้งยังได้สามารถดำเนินงานได้กว้างขวางอาจมีชื่อเสียงและสัญลักษณ์ของเครือข่ายเพื่อให้เป็นที่จดจำได้ง่ายและอาจส่งข่าวสารไปให้กับบุคคลเป้าหมายที่สามารถให้การรับรองเครือข่ายได้

๗) สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย เพื่อเสริมให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งมีได้ทั้งทางแนวนราบ แนวตั้งหรือในภูมิภาคต่างระดับกัน การเชื่อมเครือข่ายทำได้ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นการด้วยการมีกิจกรรมร่วมกันหรือเป็นตัวแทนร่วมมกนในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องและการร่วมกันประสานงานการประชุม

๘) มีการติดตามผลและประเมินผลเป็นประจำสม่ำเสมอและถี่ถ้วน โดยดูความสอดคล้องของแผนการทำงานกับวัตถุประสงค์ความก้าวหน้า และความสำเร็จของเครือข่ายในแต่ละระยะ

๙) มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมด้านการจัดการเครือข่ายให้กับองค์กรแกน และผู้นำเครือข่ายสม่ำเสมอ

^{๓๔}Starkey, Paul, **Networking for Development**, (IFRTD : The International Forum for Rural Transport and Development, ๑๙๙๗), p.๒๕.

๑๐) ถ้าวัตถุประสงค์ของเครือข่ายคือการเชื่อมโยงภายในเครือข่ายเหมาะสมเอื้อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกิจกรรมและความแข็งขันของสมาชิก โครงการหรือกิจกรรมมีลักษณะกระจายอำนาจไปให้กับมวลสมาชิกที่ได้รับประโยชน์ การดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุด การสร้างเครือข่ายนั้น อาจจำแนกเป็นกระบวนการสร้างเครือข่ายตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นที่ ๑ การตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย (Realization) เป็นขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติงานหรือฝ่ายจัดการตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย เพื่อที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย คำถามที่สำคัญเหล่านี้จะเกิดขึ้น ได้แก่ จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับองค์กรใด จะได้รับประโยชน์ หรือจะต้องเสียสละประโยชน์ด้านใดบ้างในการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย ระยะเวลาในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายจะนานเท่าใด

ขั้นที่ ๒ การติดต่อกับองค์กรที่จะเป็นสมาชิกหรือภาคีสมาชิก (Courtship) หลังจากตัดสินใจเลือกองค์กรที่เห็นว่าเหมาะสมจะเข้าร่วมเครือข่ายได้แล้ว ก็เป็นขั้นตอนของการติดต่อสัมพันธ์เพื่อชักชวนให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการทำงาน ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการสร้างความคุ้นเคยและการยอมรับรวมทั้งความไว้วางใจระหว่างกันและถือว่าเป็นขั้นตอนของการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันอาจเรียกว่า เป็นขั้นตอนการเตรียมกลุ่มหรือเตรียมเครือข่าย (Pre-group)

ขั้นที่ ๓ ขั้นตอนการสร้างพันธกรณีร่วมกัน (Commitment) เป็นขั้นตอนของการสร้างความผูกพันร่วมกัน หมายถึง การตกลงในความสัมพันธ์ต่อกันขั้นตอนนี้เป็นการตกลงว่าจะทำงานร่วมกันอาจกระทำได้โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม หรือแลกเปลี่ยนความรู้กับองค์กรภายนอก เช่น ศึกษาดูงาน เชิญวิทยากรมาถ่ายทอดความรู้ เป็นต้น อาจเรียกว่า กลุ่มศึกษาเรียนรู้ (Learning group)

ขั้นที่ ๔ ขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ (Building) เป็นขั้นตอนที่การสร้างเครือข่ายปรากฏผลงานเป็นรูปธรรมเป็นขั้นตอนของการเริ่มทำกิจกรรมโดยใช้ทรัพยากรร่วมกัน ขณะเดียวกันมีการตกลงร่วมกันในการบริหารจัดการกลุ่มโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ บทบาทสมาชิก เป็นต้น อาจเรียกขั้นตอนนี้ว่าขั้นกลุ่มกิจกรรม (Action group)

ขั้นที่ ๕ หลังจากขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ จนนำไปสู่การทำกิจกรรมร่วมกันเมื่อผลงานเป็นที่ปรากฏองค์กรเครือข่ายรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการเข้าเป็น เครือข่ายความสัมพันธ์ของเครือข่ายจะแน่นแฟ้นขึ้นพร้อมกับการเรียนรู้ร่วมกันหรืออาจปรากฏในรูปของการขยายกิจกรรมหรือการขยายกลุ่มตามพื้นที่หรือตามลักษณะกิจกรรม

๒.๔.๖ กระบวนการทำงานและวงจรชีวิตของเครือข่าย

กระบวนการจัดการเครือข่ายว่า มี ๔ ขั้น ตอนตามวงจรชีวิตเครือข่าย ดังนี้

๑. ขั้นการตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย เป็นขั้น ตอนที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้พลังกลุ่มและความเป็นเครือข่ายในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีวิธีการดังนี้

(๑) การศึกษาข้อมูลและสภาพการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูล สภาพการณ์ ความพร้อมภายในกลุ่มของตนเองและข้อมูลของกลุ่มเครือข่ายอื่นรวมทั้งสภาวการณ์ทางสังคม ทำให้ทราบถึงกิจกรรมและบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการที่จะส่งเสริมหรือจัดการเครือข่าย

(๒) การสร้างศรัทธาและหาแนวร่วม เป็นการสร้างความเชื่อถือให้กับฝ่ายต่างๆ เช่น ความเชื่อถือในเรื่องของข้อมูล บุคคล ความสำคัญของปัญหา สร้างความคุ้นเคยกับบุคคลที่เป็นผู้นำ

(๓) การสร้างความตระหนักหรือการเสนอให้เห็นประเด็นปัญหา

(๔) การแสวงหาข้อมูลทางเลือก การค้นหาความต้องการและการหาจุดร่วมในการพัฒนาเครือข่าย

(๕) การแสวงหาทางเลือกในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์และการแสวงหาแกนนำเครือข่ายและ

(๖) การสร้างระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย

๒. ชั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่าย เป็นชั้น ที่จะก่อเกิดความร่วมมือของความเป็นเครือข่าย และการบริหารจัดการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย มีวิธีการจัดการดังนี้

(๑) การกำหนดวัตถุประสงค์และข้อตกลงร่วม

(๒) การกำหนดบทบาท หน้าที่ และการวางผังเครือข่าย

(๓) การเสริมสร้างและพัฒนาผู้นำ

(๔) การจัดระบบการติดต่อสื่อสาร

(๕) การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง

(๖) การติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

(๗) การส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์

๓. ชั้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ มีวิธีการดังนี้

(๑) การทบทวนและสรุปบทเรียน

(๒) การเสริมสร้างผู้นำและหน่วยนำของเครือข่าย

(๓) การเสริมสร้างกิจกรรมสาธารณะแลเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนความรู้

(๔) การขยายกิจกรรมและมนทัศน์

(๕) การสร้างความรู้ใหม่และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง

(๖) การเสริมสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายเพื่อขจัดความขัดแย้ง

(๗) การเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและระบบการตรวจสอบแบบมีส่วนร่วม

๔. ชั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง มีแนวทางดังนี้

(๑) การจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

(๒) การรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกของเครือข่าย

(๓) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ใหม่

(๔) การกำหนดและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

(๕) การบริหารจัดการข้อมูล ระบบสื่อสาร และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง

(๖) การให้ความช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหาภายในเครือข่าย

(๗) การเสริมสร้างผู้นำรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง^{๓๕}

สรุป จากแนวคิด ความหมาย หลักการ เกี่ยวกับทฤษฎีเครือข่าย สามารถนำมาใช้ในการทำวิจัยนี้ โดยนำมาวิเคราะห์หลักการทำงานเครือข่ายหมู่บ้านรักษาศีล ๕ วิเคราะห์ความสัมพันธ์เครือข่ายเชิงบูรณาการภารกิจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา ในการประสานแนวร่วมในการทำงาน ร่วมคิด ร่วมทำ ตระหนัก มีจิตสำนึก ดำเนินงานให้โครงการหมู่บ้านรักษาศีล ๕ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชนเกิดเป็นเครือข่ายพลังมวลชน สร้างความสุขเกิดจากการปฏิบัติตามหลักศีล ๕ บรรลุถึงความสำเร็จตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

๒.๓.๑ ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมแสดงอาการโดย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินและ/หรือการออกฤทธิ์ ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้อ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ทำให้เบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญของตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้าจากแผลติดเชื้อลุกลาม โรคหัวใจ และหลอดเลือด และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน^{๓๖}

๒.๓.๒ เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ในปัจจุบันซึ่งองค์การอนามัยโลก และสมาพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานเป็น ๓ วิธี ซึ่งทั้ง ๓ วิธีนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยัน โดยชัชชาญ ดิโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล กล่าวถึงรายละเอียด ดังนี้

๑. มีอาการของโรคเบาหวานได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ) ร่วมกับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำเวลาใดก็ตามมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งโดยปกติค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาควรมีค่าน้อยกว่า ๑๔๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

๒. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) เท่ากับหรือมากกว่า ๑๒๖ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งปกติมีค่าเท่ากับ ๗๐-๑๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (การอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหารและน้ำ หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงาน อย่างน้อย ๘ ชั่วโมง)

^{๓๕} พระมหาสุทนต์ อาภากรโร และสายชล ปัญญาชิต, รูปแบบของเครือข่ายการเรียนรู้ทางสังคมในการท่องเที่ยวทางพระพุทธศาสนา, (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๗), หน้า ๑๒๔.

^{๓๖} ธิติ สนับบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม, (กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๒๓.

๓. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำที่ เวลา ๒ ชั่วโมงในการตรวจ ๗๕ g OGTT (๗๕ gram oral glucose tolerance test) เท่ากับหรือมากกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งปกติต้องมีค่าน้อยกว่า ๑๔๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

๒.๓.๓ การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานเดิมใช้การจำแนกตามองค์การอนามัยโลก (WHO๑๙๘๕) ซึ่งแบ่งประเภทตามลักษณะคลินิก คือ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ และโรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากอื่นๆ ซึ่งการจำแนกดังกล่าวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน ในแง่ของพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษาและการป้องกัน ดังนั้น ในปัจจุบันสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก^{๓๗} จำแนกประเภทของโรคเบาหวาน โดยแบ่งตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา ดังนี้

๓.๑ โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (Type ๑ diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายของเซลล์เบต้าในตับอ่อน ส่วนใหญ่จะเกิดจากกระบวนการออโตอิมมูน (Autoimmune) ส่วนน้อยจะไม่รู้สาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้ จะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะกรดคั่งในร่างกายจากสารคีโตน (Diabetic Ketoacidosis) ได้ง่าย

๓.๒ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ diabetes) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะต่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนเป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุด

๓.๓ โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Other Specific Types of Diabetes) ได้แก่

๓.๓.๑ ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์เบต้าของตับอ่อน ซึ่งก่อนหน้านี้เรียกว่า MODY (Maturity onset Diabetes of the Young) พบในคนอายุน้อย (มักน้อยกว่า ๒๕ ปี) และอาการไม่รุนแรงมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบออโตโซมัลโดมิแนนท์ (Autosomal Dominant)

๓.๓.๒ ความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ ของอินซูลิน (Mutation ของ Insulin Receptor) พบได้น้อยมาก ซึ่งในอดีตเราเรียกว่า Type A Insulin Resistant

๓.๓.๓ โรคของตับอ่อน (Exocrine Pancreas) การทำลายตับอ่อนไม่ว่าจะเป็นจากการอักเสบ การติดเชื้อ และการผ่าตัดตับอ่อน มะเร็งตับอ่อน ซีสติกไฟโบรซิส (Cystic Fibrosis) และฮีโมโครมาติส (Hemochromatosis) สามารถก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้

๓.๓.๔ โรคทางต่อมไร้ท่อฮอร์โมนบางตัวมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ได้แก่ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) คอร์ติซอล (Cortisol) กลูคากอน (Glucagon) และ อีพิเนฟริน (Epinephrine) เนื่องจากที่สร้างฮอร์โมนดังกล่าวสามารถทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

๓.๓.๕ ยาหรือสารเคมีบางอย่าง เช่น เพนตามิดีน (Pentamidine), เวคเตอร์ (Vacor) และอินเตอร์เฟอรอน (α- Interferon) นอกจากนี้ ยาบางอย่างยังมีฤทธิ์ต้านอินซูลินได้แก่ นิโคตินิกแอซิด (Nicotinic acid), กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids)

^{๓๗}ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล, การวินิจฉัยและการจำแนกโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๓.

๓.๓.๖ โรคติดเชื้อ

๓.๓.๗ โรคทางพันธุกรรม (Genetic syndromes) ที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเช่น กลุ่มโรคดาวน์ซินโดรม(Down Syndrome) ทูเนอร์ซินโดรม, (Turner Syndrome)

๓.๔ เบาหวานที่ตรวจพบในขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus) ขณะที่ตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในขบวนการออสโมซิส โดยมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ต้านอินซูลิน จะมากขึ้นในไตรมาสที่สองและสามตามลำดับ ส่งผลให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อการเกิดเบาหวาน^{๓๘}

๒.๓.๔ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

ภาวนา กิริติยวงศ์^{๓๙} ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานมีสาเหตุเกิดได้จาก ๓ สาเหตุ คือ

๑. สาเหตุจากกรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุใหญ่ อย่างหนึ่งของโรคเบาหวานจะถ่ายทอดความผิดปกติของการทำงานของตับอ่อน ทั้งความผิดปกติ ของปริมาณเบต้าเซลล์และความผิดปกติ ของการหลั่งหรือการทำงานของอินซูลินมาทางยีนส์จากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูกต่อไปแต่จะไม่เกิดขึ้นกับทุกคน ดังนั้นผู้ที่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานก็มีโอกาสที่ จะเป็นเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียีนส์พี่น้องเป็นเบาหวาน

๒. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวานได้มากที่สุดที่เดียว สิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ

๒.๑ อาหาร โดยเฉพาะอาหารหวานจำพวกที่มีกลูโคสมาก ๆ เช่น พวกขนมหวานต่าง ๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารเหล่านี้จะมีกลูโคสมากทำให้ร่างกายดูดซึมได้ อย่างรวดเร็วและเป็น การกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนอินซูลินอย่างเฉียบพลัน ถ้าเกิดเป็นประจำหรือบ่อยครั้งจะทำให้เป็นเบาหวานได้

๒.๒ ความอ้วนในคนอ้วนร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินมากขึ้นเพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมาก แต่อินซูลินนี้จะมีปฏิกิริยากับเซลล์ไขมันได้น้อยลงทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้

๒.๓ โรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ไวรัสคางทูม หัดเยอรมัน เมื่อเป็นแล้วมักจะ ทำให้ตับอ่อนอักเสบ และทำลายเบต้าเซลล์ซึ่งเป็นตัวผลิตฮอร์โมนอินซูลิน

๒.๔ ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้ปฏิกิริยาตอบรับอินซูลินจากเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อทั่วไปได้ดีขึ้น เนื่องจากมีจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ เพียงพอ แต่ถ้าขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยเกินไปจำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ในเซลล์ ไขมันและกล้ามเนื้อจะลดลง เป็นผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ ไม่ได้

^{๓๘} ADA, 1997 และ WHO, 1998 อ้างถึงในชัยชาญ ติโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล, การวินิจฉัย และการจำแนกโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๖-๑๐.

^{๓๙} ภาวนา กิริติยวงศ์, “การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับ โรงพยาบาลจังหวัด”, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๗), หน้า ๒๖-๓๘.

๒.๕ ความผิดปกติของฮอร์โมนจะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้เพราะต่อมที่ผลิตฮอร์โมนบางชนิดมีฤทธิ์ด้านฮอร์โมนมากเกินไป ถ้ามีฮอร์โมนเหล่านี้ มากจะทำให้มีระดับน้ำตาลในโลหิตมากขึ้นด้วยจนเกิดอาการของโรคเบาหวาน ฮอร์โมนเหล่านี้ ได้แก่ โกรทฮอร์โมน(Growth Hormone) คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) แคทีโคลามีน (Catecholamine) กลูคาγον(Glucagon) และไทรอกซิน (Thyroxin)

๒.๖ การตั้งครรภ์หลายครั้งในหญิงที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นเบาหวานและในเวลาตั้งครรภ์ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสต่ำไม่ควรมีบุตรหลายคนเพราะในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะทำให้ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสลดลง และทำให้เป็นเบาหวานได้มากขึ้น

๒.๗ ยา มียาเป็นจำนวนมากที่ทำให้มีความทนทานต่อกลูโคสลดลง เช่นยาขับปัสสาวะในกลุ่มไทอาไซด์ ยาแก้นชัก ยาคุมกำเนิดพวกสเตียรอยด์ เป็นต้น

๒.๘ ความเครียด เมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดเป็นระยะเวลานาน ๆ พบว่า ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและแคทีโคลามีนออกมามาก ซึ่งจะทำให้ปริมาณกลูโคสในโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

๓. สาเหตุจากความผิดปกติที่ตับอ่อน ตับอ่อนเป็นอวัยวะของร่างกายที่ประกอบไปด้วยจำนวนของไอส์เลทของแลงเกอฮานส์หรือเบต้าเซลล์ ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีหน้าที่ ผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพื่อนำไปใช้ในการทำปฏิกิริยากับกลูโคส เพื่อให้เกิดเป็นพลังงานทำให้ร่างกายนำไปใช้ได้ความผิดปกติ ที่ตับอ่อนอันเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีหลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่

๓.๑ จำนวนเบต้าเซลล์ลดลงหรือการขาดเบต้าเซลล์อาจเกิดจากการได้ รับสารที่เป็นพิษต่อการเจริญเติบโตของเบต้าเซลล์ พบมากในเด็กเกิดใหม่และในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

๓.๒ จำนวนเบต้าเซลล์เท่าเดิมแต่มีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น หลอดโลหิตฝอยแข็งและหนา มีแคลเซียมมาจับที่ เบต้าเซลล์ซึ่งเป็นผลให้เบต้าเซลล์ผลิตอินซูลินได้น้อยลงเช่นกัน

๒.๓.๕ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานนั้น ภาวนา กิริติยวงศ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานไว้ ดังนี้

๑. กรรมพันธุ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวานมี โอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่พันธุกรรมเป็นโรคเบาหวาน

๒. ความอ้วน ซึ่งทำให้เนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ ของอินซูลิน ฮาฟเฟเนอร์ ผู้ที่มีน้ำหนัก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น หรือผู้ที่มีค่าดัชนี ความหนาของร่างกายสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๗ กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

๓. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๔๕ ปี

๔. มีประวัติความผิดปกติ ของความทนต่อกลูโคส(Impaired Glucose Tolerance: IGT) หรือมีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด(Impaired Fasting Glucose: IFG) ซึ่งค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ ปกติอยู่ ^๐ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล. ถ้าระดับน้ำตาล ในชั่วโมงที่ ๒

^{๐๐} ธิติ สนับบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม, (กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๙), หน้า ๑๓๓.

หลังรับประทานกลูโคสน้อยกว่า ๑๔๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าปกติ ถ้าอยู่ ระหว่าง ๑๔๐-๑๙๙ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ถือว่าผิดปกติถ้ามากกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่วมกับมีอาการถือว่าเป็นเบาหวาน

๕. เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตมากกว่า ๑๔๐ / ๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๖. ระดับโคเลสเตอรอล HDL น้อยกว่า ๓๕ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และ/หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ ตั้งแต่ ๒๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

๗. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔ กิโลกรัม

๒.๓.๖ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มักพบบ่อยๆ มีดังนี้^{๔๑}

๑. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก(Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินไป ชีตจำกัดของไต คือ ๑๘๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูเรซิส (Osmotic Dieresis) บริเวณท่อไตน้ำจึงเข้ามาในบริเวณนี้ มาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อยครั้ง

๒. ดื่มน้ำมาก(Polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมากศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (Thirst Center) จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมากจึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

๓. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อต่างๆมาใช้ชดเชยภาวะนี้ทำให้หิวบ่อยรับประทานอาหารมากต่อน้ำหนักลด

๖.๔ น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้จะสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับภาวะขาดน้ำจึงทำให้ น้ำหนักลด

๒.๓.๗ อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นหากปล่อยไว้ นานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง อาการแทรกซ้อนก็จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้ แบ่งได้ เป็น ๒ ประเภท คือ

๑. อาการแทรกซ้อนประเภทเฉียบพลัน เป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ได้แก่

๑.๑ อาการติดเชื้อ (Infection) เมื่อร่างกายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีผลให้ ระบบการต่อต้านเชื้อโรคลดลง อวัยวะที่ไวต่อการติดเชื้อได้แก่ผิวหนัง ปอด กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ

^{๔๑} ภาวนา กิริติยตวงษ์, “การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับ โรงพยาบาลจังหวัด”, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๗), หน้า ๓๔.

๑.๒ ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด (Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma: HHNC) ความผิดปกตินี้มักพบในโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ แล้วมีอาการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย

๑.๓ ภาวะกรดคั่งในร่างกายจากสารคีโตน เป็นภาวะกรดคั่งที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร (Metabolic Acidosis) ความผิดปกตินี้ มักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ แต่อาจเกิดพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีหรือเกิดการติดเชื้อรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้ อาเจียนซึม และหมดสติไม่รู้สีกตัวในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้เป็นสาเหตุ การตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุดคือร้อยละ ๗๔ ของการตายจากโรคเบาหวาน และพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกรดคั่ง ในร่างกายจากสารคีโตน(Diabetic ketoacidosis; DKA) นี้ พบได้ ๔.๖ - ๘ ครั้ง ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑,๐๐๐ คน^๒

๑.๔ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สาเหตุที่เกิดจากการรับประทานยาเกินกว่าที่ควรจะได้รับหรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานที่มากเกินไป อาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหนาวบอ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่รู้สีกตัวจนสิ้นสติได้

๒. อาการแทรกซ้อนประเภทเรื้อรังอาการแทรกซ้อนประเภทนี้ เป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีตันของเส้นเลือดจากการที่ สารจากอาหารไขมันที่ เรียกว่า โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ไปเกาะผนังเส้นเลือดทำให้ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบ ประสาทต่าง ๆ เป็นต้น อาการแทรกซ้อนประเภทนี้ มักพบหลังเป็นเบาหวานไม่ต่ำกว่า ๕-๑๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายจากอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ดังนี้

๒.๑ โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การอักเสบของระบบขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวาน พบบ่อย ๒-๓ เท่าของคนปกติ การอักเสบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ เข้าไปถึงเนื้อไต ทำให้เกิดการอักเสบของไตและกรวยไตถ้าภาวะแทรกซ้อนนี้รุนแรงขึ้นจะทำให้มีการสูญเสียโรตีนชนิดแอลบูมินออกทางปัสสาวะ ทำให้โปรตีนแอลบูมินในเลือดลดต่ำลงเป็นผลทำให้เกิดอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณเท้าและทั่วตัว ในระยะนี้ พบว่า ผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงและไตพิการหรือไตวายเรื้อรังในที่สุด

๒.๒ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานมีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกายกล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็ก (Microangiopathy) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสื่อมของจอตา และหน่วยไต การเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่ เป็นผลจากระดับไขมันในเลือดสูงทำให้เกิด ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่สมอง อาจทำให้เป็นอัมพาตได้

^๒ อภิชาติ วิชาญรัตน์, ตำราโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๑๗๕.

๒.๓ จอตาเสื่อม ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานเกิน ๓๐ ปี มักมีพยาธิสภาพบริเวณจอภาพของตา ปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดอาการเสื่อมของจอตาคือระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ นานาน ๑๐ ปี มีโอกาสเกิดจอประสาทตาเสื่อม ๕๐ คน ในร้อยคน หรือหากเป็นเบาหวานมานาน ๒๐ ปี โอกาสที่จะเกิดสูงถึง ๙๐ คนในร้อยคน ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พบภาวะจอตาเสื่อมร้อยละ ๓-๔ เมื่อเป็นนาน ๒-๓ ปี และร้อยละ ๑๕-๒๐ เมื่อเป็นนาน ๑๕ ปี

๒.๔ ระบบประสาท เนื่องจาก ในผู้ป่วยเบาหวานขนาดของใยประสาทเล็กกลองและปริมาณใยประสาทลดลงทำให้สื่อนำความเร็วประสาทลดลง การรับความรู้สึกสูญเสียไปซึ่งถ้าเป็นนานจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ที่เป็นเบาหวานระยะเวลานานมักมีความบกพร่องในการทำงานของทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทปลายทาง(Peripheral Nervous System) ผู้ป่วยมักมีอาการชา ปวดแสบปวดร้อนบริเวณแขนขา หรือมีอาการเจ็บคล้ายถูกเข็มแทงบริเวณขา มีอาการเป็นตะคริวตอนกลางคืน ไม่มีความรู้สึกต่ออุณหภูมิร้อนเย็นที่ มาสัมผัส

๒.๕ การติดเชื้อในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ก่อให้เกิดความบกพร่องของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเซลล์และภูมิคุ้มกันทาง (Cell and Humoral Components) ในการตอบสนองต่อการติดเชื้อ พบว่าเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์ฟนิวเคลียร์ (Polymorph nuclear) ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดีทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ในเพศหญิงอาจมีการอักเสบบริเวณช่องคลอดเนื่องจากเชื้อรา พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นหากปล่อยนานโดยไม่รักษาหรือดูแลไม่ถูกต้องแล้วภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้น

๒.๓.๗ การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวานมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากการมีน้ำตาลในเลือดสูง และทำให้ระบบการเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกายทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจะเป็นผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีมีความสุข และมีอายุยืนยาวเช่นเดียวกับคนทั่วไป การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน โดยทั่วไปมี ๒ ชนิด คือ ยาฉีดซึ่งหมายถึงอินซูลินและยารับประทานรักษาโรคเบาหวานซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดจะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ดี ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

๑. การใช้ยา ในการรักษาโรคเบาหวาน

การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องทราบฤทธิ์ ของยาต่อการรักษาโรคเบาหวานรับประทานยาได้ถูกต้องและทราบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้ในปัจจุบันแบ่งเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ

๑.๑ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล (Oral Hypoglycemic agent) ได้แก่

๑.๑.๑ ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulphonylurea) ออกฤทธิ์ โดยการกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินที่ใช้เฉพาะเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรเลือกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หรือเลือกใช้ ในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน และระดับ น้ำตาลในเลือดหลังงด

อาหารและน้ำ ๘ ชั่วโมง มากกว่า ๒๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาจใช้ ยานี้ พร้อมกับการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ผอมเกินไป ถ้าผู้ป่วยอ้วนและอาการไม่รุนแรงลองใช้ ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ก่อนเมื่อไม่ได้ผลจึงใช้ยานี้

๑.๑.๒ ไบกัวไนด์(Biguanide) ออกฤทธิ์ ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไป กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้การใช้ กลูโคสเพิ่มขึ้นในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดการดูดซึมจาก อาหารลดลงและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับอ่อน ในปัจจุบันยากลุ่มนี้มีเพียงตัวเดียวคือ เม็ตฟอร์มิน (Metformin) ขนาดเม็ดละ ๕๐๐ และ ๘๕๐ มิลลิกรัม ขนาดที่ใช้ได้ผลคือ ๕๐๐-๓,๐๐๐ มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งเป็น ๒-๓ ครั้ง โดยห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ผู้ป่วยโรคตับ โรคไตโรคหัวใจ ที่มี การไหลเวียนล้มเหลว และที่มีแนวโน้มจะเกิดแลคติกแอซิดอซิโดซิส (Lactic Acidosis)

๑.๑.๓ อีฟากลูโคไซด์ อินฮิบิเตอร์ (Alpha Glucosidase Inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ อีฟากลูโคไซด์ (Alpha Glucosidase) ของไมโครวิลไลด์(Microvilli) ในลำไส้ ซึ่งเป็นเอนไซม์ ที่สำคัญต่อการย่อยอาหารประเภท แป้ง (Dextrin Maltose) และน้ำตาล (Sucrose) ให้เป็น โมโนแซคคาไรด์(Monosaccharide) ขณะนี้มี ๒ ชนิด คือ อคาร์โบส(Acarbose) ขนาดยาเม็ดละ ๕๐ และ ๑๐๐ มิลลิกรัมและวอกลีโบส (Voglibose) ขนาดยาเม็ดละ ๐.๒, ๐.๓ มิลลิกรัม รับประทานพร้อมอาหารวันละ ๓ ครั้ง ๆ ละ ๑-๒ เม็ด เป็นยาที่มีฤทธิ์อ่อน ส่วนใหญ่ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหารใน เบาหวานชนิดที่ ๒ อาจใช้ยาเดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาเม็ด และอินซูลินในเบาหวานชนิดที่ ๑ มักจะใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน

๑.๑.๔ ไตรอะโซตินดีโอน(Thiazolidinedione) ได้แก่ โทรกลิตาโซน (Troglitazone) โรซิกลิทาโซน (Rosiglitazone avandia) มีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและ หลังอาหาร ใช้ ผลดีกับผู้ที่มิภาวะดื้อต่ออินซูลิน ออกฤทธิ์ โดยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มความไวต่อ อินซูลิน โดยเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อและลดการสร้างกลูโคสจากตับ ภาวะแทรกซ้อนคือ อาจเป็นพิษต่อตับ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากมีน้ำคั่ง

๑.๑.๕ อินซูลิน ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคส โดยเนื้อเยื่อปลายทางที่ ไวต่ออินซูลิน เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการ สะสมพลังงานในรูปไขมัน ในเบาหวานชนิดที่ ๒ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยา แพทย์ส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้ยา เม็ดก่อนการฉีด เพราะสะดวกกว่า แต่ในบางกรณี ก็ต้องฉีดยาตั้งแต่ต้น สำหรับเบาหวานชนิดที่ ๑ ต้องรักษาโดยการฉีดอินซูลินตั้งแต่ระยะแรกและส่วนใหญ่ต้องฉีดวันละ ๒ ครั้ง หรือมากกว่านั้นขึ้นไป

สำหรับข้อบ่งชี้ในการใช้อินซูลิน ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผลข้างเคียงของอินซูลิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะแพ้ยาในระยะแรก ๆ ที่ฉีดยา ผู้ป่วยอาจมี อาการบวมเนื่องจากมี การกักเก็บโซเดียมเพิ่มขึ้น อาจมีอาการตามัวมากขึ้น เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของกลูโคสใน น้ำภายในตา และน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งน่าจะเป็นผลดีในคนที่ผอม แต่ในผู้ป่วยที่ ไม่ผอมอาจไม่พอใจ สิ่งที่สำคัญในการเลือกใช้ยาลดระดับน้ำตาล ต้องพิจารณาถึงชนิดของโรคเบาหวาน ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการใช้ ยาลดระดับน้ำตาลแต่ละชนิด ผลของการรักษาความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความพึงพอใจและเศรษฐกิจ ฐานะของผู้ป่วย สำหรับ

เบาหวานชนิดที่ ๒ การเลือกการรักษาจะเริ่มจากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาชนิดรับประทาน การฉีดอินซูลินตามลำดับ ซึ่งอันตรายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้^{๔๓}

๑) การใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และเสียชีวิตได้ง่ายหลังจากรับประทานยา เมื่อมี อาการใจสั่น มึนงง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ควรรับประทานของหวานทันที การเพิ่มขนาดยาที่ได้ผลดีแล้วเพิ่มขึ้นไปอีกจะไม่สามารถเพิ่มสมรรถภาพของยาให้มากขึ้นตามขนาดที่เพิ่ม แต่อาจเป็นพิษได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง

๒) อันตรายจากการใช้ยาผิดเวลา กล่าวว่า ยาเม็ดแต่ละชนิดแตกต่างกัน เวลาเริ่มออกฤทธิ์ และออกฤทธิ์สูงสุดไม่เท่ากัน เพราะฉะนั้นเมื่อเห็นคนอื่นรับประทานยา จะยืมยาหรือแลกเปลี่ยนกันไม่ได้ ผู้ป่วยควรรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแพทย์สั่ง รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า ประมาณ ๓๐ นาที เพราะยาออกฤทธิ์ ได้ ดี เพื่อให้ยาดูดซึมเข้ากระแสเลือดพอดีกับกลูโคสในเลือดสูงขึ้น จากการรับประทานอาหาร มิฉะนั้นจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ และต้องควบคุมอาหารและน้ำหนักตัวควบคู่ไปด้วย หากมี การแพ้ยา ควรหยุดยา และปรึกษาแพทย์

๓) อันตรายจากการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมในการรักษา เช่น การใช้ สมุนไพร บางชนิดอาจช่วยเสริมฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ ดังนั้นเมื่อไปพบแพทย์ตามนัดควรแจ้งให้แพทย์ ทราบเกี่ยวกับยาอื่น ๆ ที่รับประทานร่วมด้วย ยารักษาโรคเบาหวานต้องใช้ด้วยความระมัดระวังห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยที่มีปัญหา เกี่ยวกับ ตับ ไต ดังนั้นผู้ ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน มี ยาที่ ใช้ในการรักษาหลายชนิด ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและให้ยาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยในแต่ละราย โดยผู้ป่วยเบาหวานต้องปฏิบัติตามในการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อให้ การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินขนาด การใช้ ยาผิดเวลา และการใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

๒.๓.๙ การประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เนื่องจากเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานมุ่งที่จะลดหรือชะลอการเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติ โดยทั่วไปจะถือว่าโรคเบาหวานควบคุมได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้

๑. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารหลังเที่ยงคืนและก่อนอาหารเช้าเป็นปกติ คือ ๗๐-๑๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

๒. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า ๒ ชั่วโมง ไม่เกินกว่า ๑๘๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารกลางวัน ๒ ชั่วโมง ไม่เกิน ๒๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

๓. ตรวจปัสสาวะก่อนอาหารเช้าและเย็นไม่พบน้ำตาล และ สารอะซีโตน

^{๔๓} โฉมยง เหลลาโชติ, “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี”, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๖), หน้า ๒๘.

๔. มีปริมาณน้ำตาลในปัสสาวะตลอด๒๔ ชั่วโมง ไม่น้อยกว่า ๕ กรัม
๕. น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ ที่ยอมรับได้และมีสุขภาพดี
๖. ผลการตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA_{1c}) มีค่าน้อยกว่า ๗ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์^{๔๔}

๒.๓.๑๐ การให้ความรู้โรคเบาหวาน

วิธีการรักษาโรคเบาหวานประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดอินซูลิน การรักษาทุกขั้นตอนต้องอาศัย การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติตัว และดูแลตนเองได้อย่างดี และถูก ต้องการให้ความรู้ โรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ติดต่อและเป็นโรคที่เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ซึ่งการควบคุมโรคให้ ได้ดี นั้น ต้องอาศัยการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยที่ จะดูแลรักษา ตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อลดปัญหาโรคแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรังได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งชนิดที่ ๑ และ๒ ถ้ามีการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดให้ ได้ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้^{๔๕} ได้ให้ข้อความรู้ ในการ ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

๑. วัตถุประสงค์ของการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 - ๑.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ และทักษะสามารถดูแลตนเอง และเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง
 - ๑.๒ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน การอยู่ โรงพยาบาลและความ พิกการจากโรคเบาหวาน
 - ๑.๓ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับความรู้ โรคเบาหวานเมื่อใดผู้ที่เพิ่งได้รับคำ วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรกมักจะมีความเศร้าโศกและกังวลใจเกี่ยวกับโรค ทีมผู้ ให้ความรู้ โรคเบาหวานควรเลือกเวลาที่ เหมาะสม ที่ผู้ ป่วยยอมรับเกี่ยวกับโรคที่ เป็นอยู่ และให้ ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
๓. องค์ประกอบของการให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน
 - ๓.๑ ผู้ ให้ความรู้ โรคเบาหวาน ควรประกอบด้วยแพทย์ และผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่น พยาบาล โภชนากร และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆและนอกจากนี้ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีก็อาจจะร่วมอยู่ในทีมผู้ให้ความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยที่ยังควบคุม โรคได้ไม่ดีผู้ให้ความรู้ควรทำงานเป็นทีมมีการปรึกษากันและกันมีจุดมุ่งหมายเดียวกันในการศึกษา ครั้งนี้ทีมให้ความรู้ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน ๑ คนพยาบาลจำนวน ๕ คน และเภสัชกรจำนวน ๑ คน

^{๔๔} สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข, ๒๕๔๙), หน้า ๑๓.

^{๔๕} อภิชาติ วิชญาณรัตน์, ตำราโรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๑๖๕-๑๗๔.

๓.๒ เนื้อหาการสอน เนื้อหาความรู้ จะครอบคลุมเรื่องโรคทั้งหมดวิธีการดูแลรักษาตัวเอง ทั้งในภาวะผิดปกติ และภาวะพิเศษ หัวข้อที่ สอน ได้แก่

๓.๒.๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

- เบาหวาน คืออะไร
- อินซูลินมีหน้าที่ควบคุมน้ำตาลในร่างกาย ภาวะน้ำตาลสูงเกิดขึ้น

อย่างไร

- เบาหวานมีกี่ชนิด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
- เบาหวานมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายอย่างไร
- วิธีการรักษาประกอบไปด้วยวิธีอะไรบ้าง

๓.๒.๒ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

- ความสำคัญของการควบคุมอาหาร
- ชนิดของอาหาร ปริมาณที่ ควรรับประทาน การแลกเปลี่ยน

สารอาหาร

- อาหารเฉพาะในภาวะต่างๆ เช่นไขมันสูงในเลือด โรคไตโรคตับ

เป็นต้น

๓.๒.๓ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน

- ประโยชน์ของการออกกำลังกาย
- การเลือกชนิดของการออกกำลังกาย และการดูแลทั้งก่อนและหลัง

การออก กำลังกายให้เหมาะสม

๓.๒.๔ การใช้ยาลดน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- วิธีใช้ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และอาการข้างเคียงของยา
- วิธีใช้อินซูลินในรายที่ใช้ยาชนิดชนิดของอินซูลินวิธีฉีดการเก็บรักษา
- วิธีดูแลภาวะน้ำตาลต่ำจากการใช้ ยา และอินซูลิน

๓.๒.๕ การติดตามควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง (Self monitoring)

ผู้ป่วย เบาหวานควรตรวจปัสสาวะหรือตรวจเลือดได้ในภาวะที่จำเป็น ทราบถึงวิธีการปรับการรักษาเมื่อตรวจเลือด และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๖ โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

- โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

- โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังเบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน

โรคของระบบประสาทโรคที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง

๓.๒.๗ การดูแลเท้า อธิบายวิธีการดูแลเท้าที่เหมาะสม

๓.๒.๘ การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

- การดูแลรักษาขณะเจ็บป่วย เช่น ท้องเสียควรปรับลดยาอย่างไรถ้ามี

ไข้สูงควรพบแพทย์ทันที

- การดูแลตนเองในภาวะพิเศษ เช่น การเดินทางไปต่างประเทศ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์เหล่านี้ ควรปฏิบัติตัวอย่างไร

๔. วิธีการให้ความรู้

๔.๑ การสอนรายบุคคล เป็นการสอนที่ทำบ่อยที่สุดเช่นแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสอนผู้ป่วยที่คลินิกเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาเม็ดลดน้ำตาล พยาบาลสอนวิธีการฉีดอินซูลิน ข้อดีของการสอนรายบุคคลคือ มีการซักถามและตอบข้อสงสัยได้ใกล้ชิด ข้อเสียคือใช้เวลานาน

๔.๒ การสอนเป็นกลุ่มเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการให้ความรู้ เป็นกลุ่มย่อยข้อเสียของการสอนเป็นกลุ่มคือ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ที่แตกต่างกันมากการให้ความรู้ก็จะไม่ให้ประโยชน์เท่าที่ควรวิธีแก้ไขคือ เลือกผู้ป่วยที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันเข้ามาในกลุ่ม เช่น กลุ่มที่มีไขมันสูงในเลือดมากเป็นโรคนานามีภาวะแทรกซ้อนมาก

๔.๓ การสอนแบบชั้นเรียน เป็นวิธีการสอนที่ใช้การบรรยายเป็นหลัก ผู้ป่วยได้ฟังกลุ่มใหญ่ ข้อเสียของการสอนวิธีนี้คือ ไม่ค่อยมีโอกาสได้ซักถาม

๔.๔ การจัดค่ายเบาหวาน สามารถทำได้ทั้งในเบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ดีที่สุด แต่เสียค่าใช้จ่ายสูง จากผลการจัดค่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาพบว่าได้ ผลดีในเบาหวานชนิดที่ ๑ ส่วนเบาหวานชนิดที่ ๒ นั้นไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

๔.๕ การสอนทางอ้อมโดยใช้สื่อต่างๆ เช่นแผ่นพับ หนังสือ วิดีทัศน์ได้ประโยชน์พอควร

๕. การประเมินและการติดตามผลของการให้ความรู้

การประเมินผลการสอนในแต่ละครั้งมีความสำคัญเพื่อที่จะเอามาปรับปรุงการให้ความรู้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นควรประเมินทั้งผู้สอน วิธีการสอน และผู้เรียน ว่าเหมาะสมเพียงไร การประเมินก่อนและหลังให้ความรู้ เป็นการประเมินในแง่ความรู้ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการประเมินทางด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการเรียนของผู้เรียนซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาว

๒.๓.๑๑ การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรค ที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ดังนั้นจึงได้มีแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับ และให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เป็นต้นมาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เอาแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวมตามแนวคิดที่ องค์การอนามัยโลกเสนอคือ แนวคิดที่อ้างอิงหลักการมาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) โดยมีหลักการใหญ่คือ ให้มีการบริหารจัดการทั้งในระดับชุมชน (Community Management) และในระดับหน่วยบริการ(Medical

Management) และมีการเตรียมประชาคมในการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเอื้ออาทร โดยมีการบูรณาการประเด็นหลักที่สำคัญใน CCM. ลงสู่ การปฏิบัติดังนี้^{๔๖}

๑. การบริหารจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self Management) ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในระดับครอบครัวชุมชน โดยให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

๒. การออกแบบบริการ(Delivery System Designs) ที่ สามารถรู้ล่วงหน้าถึงความเสี่ยงของประชากรแล้วให้เชื่อมกิจกรรมการป้องกัน สร้างเสริม การส่งต่อ การส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ

๓. กระบวนการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย (Decision Support) การจัดสรรเงิน การจัดสรรชุดสิทธิประโยชน์ การคุ้มครองสิทธิ

๔. ระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System) ที่สามารถลงทะเบียน และติดตามภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังในปัจเจกบุคคลได้ต่อเนื่องตลอดชีวิตโดยมีกลยุทธ์ ที่สำคัญเพื่อการดูแลแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน ดังนี้

๔.๑ มุ่งเน้นการประกันความมั่นคง ด้านสุขภาพตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นการป้องกัน การค้นหาความเสี่ยง และการสร้างความตระหนักแก่ กลุ่มประชากรเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย และพัฒนากระบวนการฟื้นฟูดูแลที่ใช้หลักความมั่นคงของมนุษย์ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขภายใต้การอุ้มชูของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายประชาคม

๔.๒ การพัฒนาบุคลากรทั้งผู้ ให้บริการ และกลุ่มเป้าหมายให้มีความตระหนัก มีความรู้ ในการดูแลสุขภาพแบบเป็นองค์รวม รวมทั้งมีทักษะในการดำเนินการและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบมีผู้ป่วยเรื้อรังเป็นจุดศูนย์กลาง

๔.๓ มีการจัดระบบบริการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพตลอดชีวิตของคน

๔.๔ ให้มีการปฏิบัติเชิงรุกในทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและมีความมุ่งมั่น โดยเฉพาะที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงกับระบบการส่งต่อการส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ

๔.๕ พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับหลักประกันสุขภาพโดยมิให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ ขาดตอน หรือที่ ซ้ำซ้อน ราคาสูง และประสิทธิภาพต่ำ

๔.๖ การใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ(Cost Saving) พัฒนาหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพทางคลินิก ร่วมกับการกำหนดหรือพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในการดูแลแบบการแพทย์ทางเลือก หรือให้ผู้มี ภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการเชิงป้องกัน การปรับพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังคือ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง
- ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง

^{๔๖} ชูชัย ศรขำนิและสรกิจ ภาคิซัพ, การบริหารจัดการโรคเรื้อรังค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส. พิจิตร การพิมพ์จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า .๑-๙.

- ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ สามารถจัดการดูแลตนเองที่ เป็น
 ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและเฝ้าระวังอาการที่ จะเกิดจากโรคได้
 ทั้งนี้ องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลควรประกอบไปด้วยประเด็นสำคัญ (Model Element)^{๔๗} ดังนี้

- ๑) นโยบายและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อที่ จะทำให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจลุก
 มาต่อสู้เพื่อปรับชีวิตที่เหลืออยู่ให้เข้ากับสภาพสังคมอย่างมีความสุข มีการสร้างโปรแกรมการสร้าง
 แรงจูงใจ การเพิ่มพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชน
- ๒) ระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับ สถานบริการทุกระดับ
 รวมทั้งแหล่งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยเรียนรู้ ในการดูแลตนเองเพื่อไม่ต้องกลับไป
 โรงพยาบาลบ่อยๆ ดังนั้นระบบสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลดังนี้

๒.๑) ข้อมูลในการดูแล คำแนะนำในการใช้ยา อุปกรณ์ต่างๆ

๒.๒) การช่วยลดความเครียดให้กับผู้ดูแล

๒.๓) การให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแล แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล

๒.๔) การติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การเป็นพี่เลี้ยง และผู้ ผลักดัน

ในทางบวก

- ๓) ระบบช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้
 โดยมีการสร้างทีมบุคลากรและกำหนดบทบาทหน้าที่ อย่างชัดเจนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้

๔) รูปแบบการส่งต่อ ที่ผู้ป่วยสะดวกมารับบริการและติดตามการรักษา ให้มี
 ความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น

๕) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยกลยุทธ์ที่สำคัญคือการจัดสร้างแนวทางการ
 รักษาที่ชัดเจน รวมทั้งมีการแบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จะเป็นสิ่งสนับสนุนการเพิ่ม
 พลังอำนาจในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและญาติ

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๒.๔.๑ ความหมายของความดันโลหิตสูง

เนื่องจากการวินิจฉัยว่าผู้ใดเป็นโรคความดันโลหิตสูงใช้ค่าความดันโลหิตที่ สูงจาก
 ค่าความดันปกติเป็นตัวกำหนด และเมื่อวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างน้อยสองครั้ง ในแต่ละครั้งที่มา
 พบแพทย์ถ้าพบว่าความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าสองครั้งขึ้นไป โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของความดันตัวบน
 (Systolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันตัวล่าง
 (Diastolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
^{๔๘} ดังนั้นความดันโลหิตสูงคือความดันโลหิตที่สูงตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

^{๔๗} วิจิตร แสงสิงแก้ว, การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ, ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์
 กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๓๘), หน้า ๒๑-๒๗.

^{๔๘} จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์, ตำราอายุรศาสตร์ ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๗๕.

พยาธิสภาพและสรีรวิทยา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๒-๙๔ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ถ้ามีการตรวจเฉพาะโรคอย่างพิเศษพบว่าสามารถแยกความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุได้มากถึงร้อยละ ๓๕ ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติหลาย ๆ อย่างรวมกัน ทั้งทางสรีรวิทยา (Physiologic mechanism) ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากกลไก ดังนี้ คือ การเก็บน้ำและโซเดียมไว้มากขึ้นทำให้มีปริมาณของน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัวทำให้แรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น เนื่องจากมีน้ำเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ ความผิดปกติที่อาจเกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว

ระดับความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นโดยแรงดันเลือดจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ปริมาณของเหลวในระบบหลอดเลือด ซึ่งขึ้นกับความเข้มข้นของระดับโซเดียมในเลือด และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด กลไกที่มีปฏิกริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ไต ไตจะมีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อไปช่วยในการปรับความสมดุลของน้ำ การขับโซเดียมและระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nervous system, SNS) เมื่อน้ำที่เหล่านี้อาจสูญเสียการควบคุมจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) โรคไต และโรคหลอดเลือดหัวใจ

๒.๔.๒ ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ถ้าได้รับการตรวจเฉพาะโรคอย่างพิเศษพบว่าสามารถแยกความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุได้ ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติหลาย ๆ อย่างรวมกัน ซึ่งในที่นี่สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เป็น ๒ กลุ่มตามสาเหตุที่เกิดคือ

๑.โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension หรือ Essential hypertension) หมายถึงความดันโลหิตสูงที่ไม่พบโรคหรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุ เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งเมื่อแก้ไขความดันโลหิตสูงก็จะหายไป พบได้ประมาณร้อยละ ๙๐-๙๕ ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด^{๔๔} ซึ่งผู้ป่วยพวกนี้จะเริ่มเป็นอายุประมาณ ๒๕-๕๕ ปี แต่จะพบมากในคนที่มียายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป และยังมีอายุมากก็มีโอกาสพบมาก โรคความดันชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับ

^{๔๔} จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์, ตำราอายุรศาสตร์ ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๗๗.

พันธุกรรมกล่าวคือ ผู้ที่มีสายพันธ์เดียวกันที่เป็นโรคนี้ จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มีสายพันธ์ของโรคนี้ประมาณ ๓ เท่า ซึ่งความดันโลหิตสูงประเภทนี้กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย ส่วนใหญ่เชื่อว่าปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ได้แก่^{๕๐}

๑.๑ ปริมาณเกลือที่รับประทาน มีหลักฐานบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย โดยปริมาณโซเดียมที่เพิ่มปริมาณขึ้นมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่ปริมาณโซเดียมเพียงอย่างเดียวไม่ได้ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

๑.๒ การดื่มสุรามาก มีการศึกษาหลายฉบับที่ได้แสดงถึงความสัมพันธ์อย่างชัดเจนของการดื่มสุราจำนวนมากกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

๑.๓ ประวัติครอบครัว โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์เป็นสองเท่าในบุคคลที่มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาทางระบาดวิทยาที่สนับสนุนว่า องค์ประกอบทางพันธุกรรมมีส่วนถึงร้อยละ ๓๐

๑.๔ อ้วน และน้ำหนักเกิน พบอุบัติการณ์ในคนที่มีความอ้วนมากกว่าในกลุ่มคนที่มีความดันปกติ และการมีน้ำหนักเกินมีส่วนสำคัญในการเพิ่มความดันโลหิต โดยเฉพาะในคนสูงอายุ

๑.๕ เชื้อชาติ ในสหรัฐอเมริกาพบว่าในคนขาวผิวดำจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าและมีความรุนแรงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนผิวขาว

๒. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) หมายถึง โรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบโรคภาวะผิดปกติ หรือเกิดจากสาเหตุบางอย่างที่สามารถอธิบายได้ เช่นโรคตะกั่วเป็นพิษ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคต่อมไร้ท่ออื่นๆ โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคจากอวัยวะต่างๆ ที่พบได้มากคือ โรคไต และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไข โรคความดันโลหิตสูงก็จะหายไปด้วย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด อายุที่พบมักจะมีอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี หรือมากกว่า ๕๕ ปี

๒.๔.๓ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

๒.๔.๓.๑ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

๑.ประวัติครอบครัว การถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ชัดเจน เข้าใจว่ามีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า^{๕๑} แต่ความเชื่อที่ว่ากรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงมีมานานแล้ว มีผู้พยายามที่จะศึกษาทั้งในสัตว์ทดลองและคน พอสรุปได้ว่า กรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามอิทธิพลของพันธุกรรมนี้ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล (Mendelian dominant inheritance) เข้าใจว่ามี

^{๕๐} สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, สารานุกรมพันธุศาสตร์ เล่ม ๑, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๘), หน้า ๑๕๐.

^{๕๑} สมจิตร์ หนูเจริญกุล, การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๒, พิมพ์ครั้งที่ ๑๔, (กรุงเทพมหานคร : วี. เจ.พรินติ้ง, ๒๕๔๔), หน้า ๑๓๗.

ปัจจัยอื่นๆ แผลงเข้ามาด้วย เช่นอาชีพ ขนาดของครอบครัว ความอ้วน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลที่สำคัญที่เสริมพันธกรรมอยู่

๒. เพศ เพศชายจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในคนที่อายุน้อยกว่าเพศหญิงจนกระทั่งอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และเพศชายจะมีอัตราการตายหรือความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง โดยที่ความดันซิสโตลิกของเพศชายมีอัตราเพิ่มขึ้นปีละ ๐.๓-๐.๕ มิลลิเมตรปรอทต่อปี ส่วนความดันซิสโตลิกของเพศหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้นปีละ ๐.๖-๐.๘ มิลลิเมตรปรอทต่อปี ส่วนเพศหญิงจะมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเผชิญภาวะวิกฤต

๓. อายุ จากการศึกษาสถานการณ์และการกระจายของภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศในแถบตะวันตกพบว่า แนวโน้มความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนอายุ ๘๐-๙๐ ปี และมักพบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุ เช่น ผู้หญิงวัยสาวรับประทานยาคุมกำเนิด หรือในผู้สูงอายุ มีการแข็งตัวของเลือดจากกระบวนการเสื่อมหรือมีความดันโลหิตสูงจากการเจ็บป่วย เช่นโรคเบาหวาน โรคไต

๔. เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชนผิวขาว และชนผิวดำเพศชายและวัยที่เพิ่มขึ้น คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า ๒ เท่า ตลอดจนเป็นในอายุน้อยกว่าและมีความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับชนผิวขาว^{๕๒} เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหัวใจวาย และเวนทริเคิลซ้ายโต

๒.๔.๓.๒ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญและพบได้บ่อยในคนที่มีรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมือง พบว่ามีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนี้

๑. ภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ และบุคลิกภาพ

๒. อาชีพ อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดบ่อย ๆ หรือต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคามต่อชีวิตบุคคลอื่น มี ความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้

๓. อาหาร พบว่าการได้รับสารอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวก และทางลบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง การขาดสารอาหารโปแตสเซียม จากการศึกษาความสัมพันธ์กับการตายด้วยโรคของหลอดเลือดในสมองในช่วงเวลา ๑๒ ปี พบว่าการเพิ่ม โปแตสเซียม ๑๐ mEq/day จะลดอัตราอุบัติการณ์ของการตายด้วยโรคของหลอดเลือดสมอง ๔๐% การขาดวิตามินเอ

^{๕๒} จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์, ตำราอายุรศาสตร์ ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๗๙.

และซี การรับประทานที่มีโซเดียมมากเกินไป คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกาได้สรุปว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม

๔. แบบแผนการดำเนินชีวิต^{๕๓}

๔.๑ การดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คนที่ดื่มสุรามาก จะทำให้ทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และยังเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือดื่มอย่างหนักจะเพิ่มความดันโลหิตสูงได้จริง โดยบุคคลที่ดื่ม เอทานอล แอลกอฮอล์ (Ethanol alcohol) ประมาณ ๒ ออนซ์ /วัน จะทำให้ความดันสูงขึ้น ๑ มิลลิเมตรปรอท แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนนักว่าเป็นกลไกเป็นอย่างไร อาจจะมีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีด จากหัวใจเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว หรือเส้นเลือดสมองสั้นกระตุก

๔.๒ การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนที่สูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัว จากผลของนิโคตินในบุหรี่ แต่คนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานอาจไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งยังอธิบายได้ไม่ชัดเจน แต่อาจจะมีปัจจัยอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

๔.๓ การดื่มกาแฟ การดื่มกาแฟตามปกติทั่วไปไม่แน่ชัดว่าจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใดแต่การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า ๑๐ ถ้วยต่อวัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ

๔.๔ การออกกำลังกาย การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคอ้วน และการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน และการออกกำลังกายจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เส้นเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น โอกาสการเกิดภาวะอุดตันน้อยลงจากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ดพบว่าความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลดีของการออกกำลังกายคือ จะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุขและเพิ่ม High-Density lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่ลดความเครียดได้

๔.๕ บุคลิกภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ หมายถึง คนที่แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง ทะเยอทะยานมักไม่พึงพอใจในสิ่งต่างๆ มักจะมีความเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด มีรายงานว่าคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง มักจะมีระดับความโกรธสูงกว่าคนที่ระดับความดันปกติ รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เป็นมิตร มีลักษณะใจร้อนเรียกว่าเป็นบุคลิกภาพแบบฮี (Hot reactor) ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและบุคลิกภาพยังไม่มีคำตอบแน่ชัดแต่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธ และความวิตกกังวล

๔.๖ ฐานะเศรษฐกิจ พบว่าการเกิดความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความคับข้องใจหรือความไม่พอใจในฐานะที่เป็นอยู่รวมทั้งความเครียดด้วย

^{๕๓} ชาวลักษณะ ฤทธิสรไกร, สังคมศาสตร์สาธารณสุข, (ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัย ทักษิณ, ๒๕๕๐),

๒.๔.๔ อาการและอาการแสดง

โรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการหรือไม่มีอาการแสดงใด ๆ ให้เห็น และที่สำคัญที่สุดโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ เลย ทำให้ปล่อยปละละเลย ไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอและไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่อันตรายต่าง ๆ ได้ อาการที่อาจจะได้พบในขณะที่ความดันขึ้นสูงมากแล้วหรืออยู่ในขั้นรุนแรงมีดังนี้

๑.ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูง พบได้ไม่บ่อยนัก โดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอย และมักจะเป็นในเวลาตอนเช้าอาจมีอาการคลื่นไส้ และมีอาการตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมา ในภาวะวิกฤตและเกิดขึ้นทันทีทันใด

๒.อาการปวดศีรษะซีกเดียว หรือปวดไมเกรน (Migraine) มีผู้ที่สังเกตว่าไมเกรนและโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรนมากกว่าคนปกติ และผู้ที่เป็ไมเกรนก็จะพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าผู้ไม่เป็น รวมทั้งผู้ที่มมีอาการปวดศีรษะซีกเดี่ยวมักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ

๓.เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบบ่อยนัก ในผู้ที่มี อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป มีเลือดกำเดาออก ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคในโพรงจมูก ก็มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาจจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ และในผู้ที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า ๑๓๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมและหมดสติ ร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาต และอาจเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

๒.๔.๕ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

๑.หัวใจ หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูง โดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจเวนตริเคิลซ้าย หัวใจจะพองโตขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจหนา เนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดต้านกับความดันสูงนาน ๆ เมื่อผนังหัวใจหนาขึ้นการทำงานของหัวใจในแต่ละห้องก็จะเสื่อมลง ขณะเดียวกันกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบลง ห้องหัวใจยืดขยายขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อตาย และเกิดปรากฏอาการหัวใจล้มเหลวได้ ดังนั้น สาเหตุของการเสียชีวิตของโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

๒. ระบบประสาทและสมอง การเกิดความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตา และระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ จอประสาทตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบโดยทั่วไป อย่างรวดเร็วและมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและ exudates ในจอตา และหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotomata) ตามัวและอาจถึงตาบอดได้ โดยเฉพาะในรายที่มีหัวประสาทตาบวมหรือตกเลือดที่บริเวณ Macular หากสามารถลดความดันโลหิตลงในระดับที่เหมาะสม อาการเหล่านี้จะดีขึ้น ส่วนระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมหน้าที่ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนเกิดอุดตันทำให้เกิด Cerebral infraction หรืออาจเกิด Cerebral hemorrhage ซึ่งการเกิด Cerebral infraction จะเกิดมาจากผลการเพิ่ม Atherosclerosisที่ทำให้หลอดเลือดแดงตีบมากขึ้น เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงจนอาจทำให้เกิดอาการทางสมองขึ้นตามมา ในบางครั้งอาจจะมีการแตกของ Atherosclerotic plaque ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันอย่างฉับพลัน พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย (Occipital

headache) ในตอนเช้าๆ ในระยะแรกจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัว หรือเป็นลม แต่ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตัน ตกเลือดในสมอง หรือ Hypertensive encephalopathy ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น คือ มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน เป็นลมชักหรือหมดสติได้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง หัวประสาทตาบวมและอาจชักได้

๓. ไต เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ขับของเสีย รักษาปริมาตรน้ำ เกลือแร่และกรดต่างในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล นอกจากนี้ไตยังทำหน้าที่ผลิตสารที่ช่วยในการปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่นาน หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตจะมีผนังหนาภายในหนาแข็งรูหลอดเลือดตีบ แคบลง และขรุขระ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ไต อีกทั้งจะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย Afferent และ Efferent arterioles และใน Glomerular capillary ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้อัตราการกรองที่ไตหรือสมรรถภาพในการกรองของเสียบกพร่องไป การทำหน้าที่ของ Tubular เสื่อมลง ถ้าเสื่อมมากทำให้เกิดภาวะไตวาย ของเสียที่เป็นสารพิษจะคั่งในร่างกาย ถ้ามีสารยูเรียคั่งในระดับสูง จะทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีการเสื่อมของไตและทำให้เกิดปัญหา Chronic renal failure ตามมา ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ ๑๐ มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย^{๕๔}

๔. ตา ความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอร์ับภาพ ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตา ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดนี้อาจแตก มีเลือดซึมออกมามีผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพ ทำให้ตาบอดได้ในที่สุด

๒.๔.๖ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก็เพื่อลดอัตราการตายและความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และพยายามยืดเวลาที่มีความสุขไปให้ยืนยาว ในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้นจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวไม่เท่ากันทุกคน ดังนั้นการรักษาจะเริ่มต้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยที่มีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ก็จะต้องทำควบคู่ไปกับการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นที่จะต้องได้รับยาและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มอาการ (Hypertension syndrome) คือมีความผิดปกติในส่วนหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ และระบบเผาผลาญ (Metabolism) การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ได้คำนึงแต่การรักษาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย ดังนั้นการรักษาความดันโลหิตสูงจึงมีทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต^{๕๕}

^{๕๔} จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์, ตำราอายุรศาสตร์ ๔, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๘๐.

^{๕๕} สมจิตร หนูเจริญกุล, การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม ๒, พิมพ์ครั้งที่ ๑๔, (กรุงเทพมหานคร : วี. เจ.พรินติ้ง, ๒๕๔๔), หน้า ๑๓๗.

๒.๔.๖.๑ การควบคุมความดันโลหิตสูง

การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตสูงลดลง มาเท่ากับหรือต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยและหรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท เป็นอย่างน้อย ปัจจุบันการควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยาหรือการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ^{๕๖}

๑. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้อาหาร(Drug-treatment) จุดประสงค์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ต้องให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยไม่ขัดต่อการดำเนินชีวิตอาจเนื่องมาจากอาการข้างเคียงของยาและให้เสียค่าใช้จ่ายให้น้อยที่สุด รวมทั้งระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย ดังนั้นการเลือกยาหรือยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต ซึ่งยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีอยู่มาก ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้ดังนี้

๑.๑ ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่ใช้มานานและได้ผลดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ ราคาถูก สะดวกในการใช้ยา ใช้ได้ดีในผู้ ป่วยสูงอายุ อาการข้างเคียงและผลเสียของยากลุ่มนี้ได้แก่ ระดับโปแตสเซียมต่ำ โคลเลสเตอรอลสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลเสีย ในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

๑.๒ ยากันเบต้า (Beta-blockers) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและความดันโลหิตสูงที่มีระดับเรนินสูง ราคาถูก ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

๑.๓ ยากันแอลฟา (Alpha-blockers) สามารถลดความดันโลหิตลง โดยการลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง (Peripheral resistance) ไม่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด

๑.๔ ยาต้าน ACE (ACE inhibitors) ใช้ได้ผลดี เป็นยากลุ่มใหม่ที่อาการข้างเคียงของยาน้อยขณะนี้ได้รับความนิยมมาก ราคาสูง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการไอ และระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง

๑.๕ ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonists) เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น ราคาสูง อาจป้องกันการแข็งตัวของเลือดแดงได้ สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคไต และรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบในรายที่ความดันโลหิตสูงมากจำเป็นต้องใช้หลายตัวร่วมกัน การเลือกใช้อาหารควรคำนึงถึงเป็นอย่างมาก โดยเลือกยาที่เสริมฤทธิ์กันหรือทำให้อาการข้างเคียงของอีกยาตัวหนึ่งลดลง หลีกเลี่ยง

^{๕๖} สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, สารานุกรมทันโรค เล่ม ๑, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๘), หน้า ๑๕๕.

ยาที่มีกลไกในการลดความดันโลหิตเหมือนกัน หรือกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ต้านกันหรือกลุ่มยาที่ทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น ซึ่งการเลือกใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

๒.๔.๖.๒ ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา

๑. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้โดยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา

๒. การใช้ยาเป็นการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของแพทย์ตลอดชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

๓. ชนิดของยา จำนวนยาที่รับประทานแต่ละครั้ง รวมถึงจำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน แพทย์จะพิจารณาจากค่าความดันโลหิตสูงและสภาพร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละคน

๔. การใช้ยาอาจมีอาการข้างเคียง ทำให้ รู้สึกไม่สบาย ถ้ามีอาการผิดปกติต้องแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทันที ไม่ควรหยุดยาเอง

๕. รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตสูง

๖. ไม่ควรหยุดรับประทานยาเองจนกว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่เกิดหรือแสดงอาการออกมาทันทีทันใด แต่จะปรากฏอาการเมื่ออวัยวะที่สำคัญถูกทำลายแล้วเท่านั้น

๗. ควรหลีกเลี่ยงและระมัดระวังในการรับประทานยาอื่นๆ ซึ่งแพทย์ไม่ได้แนะนำ เพราะยาบางอย่างจะมีฤทธิ์เสริมกันหรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาควบคุมโรคความดันโลหิต

๘. ในผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงใหม่ ๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลงชนิดหรือขนาดของยา จะต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการล้มหรือหน้ามืด เนื่องจากความดันโลหิตลดลง

๙. ควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และการมาตรวจแต่ละครั้งควรนำยาที่เหลือทั้งหมดมาด้วย เพื่อแพทย์จะได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง

๒.๔.๖.๓ การควบคุมโรคความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment of hypertension)

เนื่องจากปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ ซึ่งล้วนเกิดจากพฤติกรรมกรรมกรดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมที่เรียกว่า การปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวัน (Life style modification) นั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและมีความจำเป็น เพราะการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรักษาติดต่อกันตลอดทั้งชีวิต อีกทั้งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยาหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลก และ Joint committee for the Detection, Evaluation and Treatment of hypertension พิจารณาให้เป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติ เป็นประจำข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร

๑. ในผู้ที่ความดันโลหิตสูงไม่รุนแรง โดยพิจารณาจากความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ที่น้อยกว่า ๑๐๕ และมากกว่า ๘๕ มิลลิเมตรปรอท

๒. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ น้ำหนักตัว พฤติกรรมการกิน การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย ภาวะความเครียด

๒.๔.๖.๔ ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

๑. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกชั้นของความรุนแรงเพียงแต่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายเท่านั้น และเริ่มใช้ รักษาเริ่มต้น สำหรับผู้ป่วยในระยะ ๓-๔ เดือนแรก การรักษาโดยวิธีนี้สามารถลดความดันโลหิตของผู้ป่วยเดิมที่มีระดับความดันไดแอสโตลิก ๙๐-๙๔ มิลลิเมตรปรอท ลงมาเป็นปกติได้ถึงร้อยละ ๔๐

๒. ผลดีของการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือผู้ป่วยรู้สึกดีและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขไม่ต้องได้รับผลจากอาการข้างเคียงของยาเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองน้อยมากไม่ต้องหาซื้อยาหรือเจาะเลือดตรวจพิเศษบ่อยครั้งเหมือนวิธีใช้ยาผู้ป่วยได้มีโอกาสร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการรักษาโรคของเขาเอง ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจมากกว่าการรอรับยา และการรับประทานตามแพทย์สั่งเพียงเดียวการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ดังนี้

๒.๑. การควบคุมอาหาร การงดหรือการไม่รับประทานเกลือ การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน มีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะความดันซิสโตลิก การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่งๆ ให้ปริมาณ ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมหรือต่ำกว่า ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยาก เนื่องจากอาหารส่วนใหญ่จะมีโซเดียมอยู่มากการลดปริมาณอาหารที่รับประทานและการลดการรับประทานอาหารสำเร็จรูปจะช่วยลดทั้งโซเดียม แคลอรี และไขมัน การจำกัดโซเดียมกระทำโดยจำกัดการรับประทานเกลือในปริมาณที่น้อยกว่าวันละ ๖ กรัมเท่ากับ ๒ ช้อนชา หรือ รับประทานเกลือไม่เกิน ๕ กรัมต่อวัน^{๕๗}

๒.๒ การออกกำลังกาย ควรเป็นแบบไอโซโทนิค (Isotonic or Dynamic exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวันซึ่งจะช่วยจะควบคุมและลดน้ำหนักตัวยังช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลางที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตสูงได้ในระยะยาว ซึ่งอธิบายได้ด้วยการที่พบว่าการออกกำลังกายทำให้ระดับ Catecholamine ลดลง จึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก คนที่ออกกำลังกายน้อยร่างกายไม่แข็งแรง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน จึงช่วยส่งเสริมการลดน้ำหนัก ในคนที่ความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วนด้วย การออกกำลังกายที่แนะนำคือ การถีบจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ส่วนการออกกำลังกายที่ไม่ใช่แบบแอโรบิก (Anaerobic exercise) หรือแบบ Isometric เช่น การยกน้ำหนักไม่นำให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้เพราะทำให้เพิ่มความดันโลหิต ควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นถึงร้อยละ ๖๐-๗๐ ของอัตราการเต้นหัวใจ

^{๕๗} กองสุศึกษา, แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กองสุศึกษา, ๒๕๔๒), หน้า ๑๒.

สูงสุด และใช้เวลาครั้งหนึ่ง ๆ นาน ๒๐ ถึง ๖๐ นาที โดยค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและควรทำให้ได้ ๓-๕ ครั้งต่อสัปดาห์การออกกำลังกายประจำทำให้ช่วยลดความเครียดและสุขภาพจิตดีขึ้น

๒.๓. การควบคุมน้ำหนักตัวหรือการลดน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ ๑๐-๒๐ ของน้ำหนักมาตรฐาน มีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับน้อยลดน้ำหนักได้ ๔.๕ กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตสูงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักเป้าหมายในระยะสั้นคือ ลด น้ำหนักลง ๑-๑.๕ ปอนด์ต่อสัปดาห์และในระยะยาวให้ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของน้ำหนักมาตรฐาน การลดน้ำหนักต้องปรับเปลี่ยนแบบแผน นิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งแคลอรีอาหาร การเรียนรู้เกี่ยวกับอาหารที่แคลอรีต่ำและอาหารที่ไขมันอิ่มตัวต่ำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เป็นเรื่องยุ่งยากต้องการกำลังใจอย่างมาก การสนับสนุนจากผู้ดูแลและช่วยได้มาก รวมทั้งการลดการรับประทานอาหารโคเลสเตอรอล เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคือ โรคหัวใจ ควรรับ ประทานอาหารที่มีกาก เส้นใยอาหารมาก (High fiber diet)

๒.๔. การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่นการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุราเกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้น ถ้าดื่มควรมีปริมาณของแอลกอฮอล์ (Ethanol) ไม่เกินวันละ ๑ ออนซ์ (๓๐ ซีซี) ส่วนการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยง ต่อการเกิดเป็นอัมพาตมากอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง ๒๐ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นความดันโลหิตสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตลดลง ผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มกั้นเบต้า (Betablocker) และสูบบุหรี่ บุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงลง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒.๕. การจัดการกับความเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเครียดได้ ผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่เป็นทางออกในการจัดการกับความเครียด ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การผ่อนคลาย (Relaxation) จะช่วยลดการตอบสนองต่อสารนอร์อิพิเนพรีนในเลือด (Plasma nor epinephrine) จึงลดความต้องการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสบายมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาระเพิ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งในด้านต่าง ๆ การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยา รวมถึงการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินการควบคุมความดันโลหิตสูงและการปรับยา การตอบสนองของผู้ป่วยต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พระธรรมโมลี^{๕๘} ได้วิจัยเรื่อง “วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก” ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดตามหลักศาสนาในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ของชีวิต ในทางร่างกาย (กายิกสุข) และทางจิตใจ (เจตสิกสุข) โดยองค์ประกอบเหล่านี้แยกเป็น ๔ ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ศีล (สังคัมและสิ่งแวดล้อม) และปัญญา โดยการที่ชีวิตของมนุษย์จะเกิดความสุขได้นั้น มิติทั้ง ๔ ด้านนี้จะต้องประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน

สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา^{๕๙} ได้วิจัยเรื่อง สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์จากการสร้างเสริมสุขภาวะ สามารถบรรเทาความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคัม ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่อทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเรียนรู้ในการทำตัวชีวิต ข้อมูล แผนที่สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต. เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่บรรลุผลการพัฒนาสุขภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต้องมีระบบสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชน ท้องถิ่น ขยายกิจกรรม จนนำไปสู่การลดหรือแก้ไขปัญหาทุกขภาวะได้อย่างยั่งยืน การสังเคราะห์ความรู้จากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะ มีดังนี้ ๑) การพัฒนาตัวชีวิตโดยชาวบ้าน ได้สร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาทุกขภาวะ และชาวบ้านมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพองค์รวมที่เชื่อมโยงกับบริบทของท้องถิ่น มากขึ้น ๒) การประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา พบว่า ผู้นำชุมชนมักทำหลายบทบาทร่วมกัน ไม่ได้แยกแยะบทบาทเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ๓) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้นำ ๓ ด้าน เป็นการพัฒนาภาวะผู้นำ และสร้างความเข้าใจในกระบวนการ สร้างสุขภาวะ มีความจำเป็นที่สถาบันวิชาการต้องร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง ๔) การมีส่วนร่วมของชุมชนกับ อบต. เริ่มจากการสร้างความสนใจ ความตระหนัก และต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ชุมชนและอบต. เห็นความสำคัญร่วมเป็นเจ้าของโครงการ อีกทั้งบรรจุข้อบัญญัติงบประมาณ เพื่อดำเนินงาน ๕) นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแหล่งเรียนรู้ เป็นการฟื้นฟู สิ่งเก่า หรือการสร้างสิ่งใหม่ที่ดีในชุมชน ทุกตำบลมีการริเริ่มกิจกรรมสุขภาวะ บางตำบลเกิดนวัตกรรมเชื่อมโยงสู่หน่วยงานจังหวัด เช่น “ตำเมียงสมุนไพโร” ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ “การมอบลูก ผากหลาน” สลับกันเลี้ยงดู เป็นเวลา ๑ เดือน ส่งผลทำให้พ่อ แม่ ผู้ปกครองและลูกมีความเข้าใจบทบาทการเป็นสมาชิกครอบครัว แสดงออกในการดูแล เอาใจใส่ กันมากขึ้น เป็นต้น ๖) การสื่อสารสาธารณะในชุมชน เกิด

^{๕๘}พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท), “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

^{๕๙}สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา, “สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข” วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๕๕.

แผนที่สุขภาพ และสื่อพื้นบ้าน เป็นเครื่องมือขึ้นนำการสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการและ ใช้เผยแพร่วิธีปฏิบัติ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพของชุมชนได้ดี

อุ้นเอื้อ สิงห์คำ^{๖๐} ได้วิจัยเรื่อง กระบวนการและผลของการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธ ผลการวิจัยพบว่า ๑) กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธจัดขึ้นเป็นระยะเวลา ๕ วัน เพื่อเรียนรู้ทฤษฎีการสร้างสุขภาพควบคู่กับการปฏิบัติ โดยบูรณาการองค์ความรู้บนความเชื่อจากวิถีการดำรงชีวิตของสังคมไทยและวิทยาการทางวิทยาศาสตร์ เน้นองค์ความรู้เพื่อการ “พึ่งตนเองจนเป็นที่พึ่งของคนอื่นได้” มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณมีการฟังและสนทนาธรรมจากนักบวชเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณสู่การลด ละ เลิกความโลภ โกรธ หลง ๒) ผลจากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธทำให้คนมีสุขภาพที่ดีขึ้นเกิดจิตใจที่ดีงาม มีความเสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีอารมณ์เบิกบาน แจ่มใส ทำให้เกิดพลังในการช่วยเหลือผู้อื่นที่ทุกข์ทรมาน เพื่อให้มีสุขภาพดี และช่วยทำให้สุขภาพของสังคมดีขึ้น

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต^{๖๑} ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัด ขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันปัญหาของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ปวดเอว ไชมันในเลือด และข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีพระสงฆ์ร้อยละ ๓๑.๘๘ ยังไม่มีสิทธิใด ๆ มีบ้างเพียงเล็กน้อยที่ทาประกันชีวิต พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ พบว่า ส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์กรรวมในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านร่างกายซึ่งมีการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ผลจากการประเมินพบว่าส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาล ไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ ต้องการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์และทำกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ต้องการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี เวลาอาพาธและพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาตรวจเยี่ยม และเยี่ยมใช้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้มหาเถรสมาคมจัดประชุมพระสังฆาธิการเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก ๓ เดือน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์กรรวมตามหลักการพระพุทธศาสนา เข้ากับหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งนำเสนอการณีสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการพัฒนา ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล

^{๖๐}อุ้นเอื้อ สิงห์คำ, กระบวนการและผลของการสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธ, วารสารสมาคมนักวิจัย, ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๕๗.

^{๖๑}พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”, รายงานการวิจัย, (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า บทคัดย่อ.

สุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบการสาธารณสุขว่าสถานบริการสาธารณสุขได้แบ่งการดูแลออกเป็น ๔ ด้าน คือ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยทั้งหมดอยู่ในหลักการของการดูแลสุขภาพองค์รวม และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน มีผลการดำเนินงานการจัดระบบบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ได้แก้ปัญหาในส่วนขาดและความต้องการของพระสงฆ์ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการตามแผนกระบวนการวิจัยแล้ว ที่ใช้เวลา ๖ เดือน จึงได้ทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพในทุกมิติ

บทที่ ๓

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ” ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีกระบวนการวิจัยดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ พื้นที่การวิจัย
- ๓.๓ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๓.๗ สรุปกระบวนการวิจัย

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ” ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย (Critical function) และถอดบทเรียน อันนำไปสู่การวิเคราะห์ การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The action research spiral) การวางแผน(Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต(Observing)และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re-planning) เพื่อผลการปฏิบัติงานให้เป็นที่พึงพอใจ ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย เป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) เป็นการศึกษาแนวคิด หลักการ ทฤษฎีและการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากโครงการวิจัยที่ ๑ และโครงการวิจัยที่ ๒ มาสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ โดยเน้นการสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ จากนั้นผู้วิจัยได้บูรณาการสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ ๒ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการวิจัย

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น ๔ ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา

ขั้นตอนที่ ๒ การปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนที่ ๓ การประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๔ การสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ ๑ : ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research phase)

๑. ทำหนังสือประสานงานเก็บข้อมูลต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๒. ประสานงานผู้บริหารองค์กรเครือข่ายจากภาครัฐ ภาคเอกชน วัด

๓. ประชุมชี้แจงตัวแทนองค์กรเครือข่ายถึงหลักการเหตุผล วัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษาวิจัยและแนวทางประสานความร่วมมือในการการสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๔. เตรียมความพร้อมทีมวิจัย ผู้สังเกตการณ์การประชุมและบรรยากาศ การทำงานแบบมีส่วนร่วม ผู้สัมภาษณ์ ผู้สนทนากลุ่ม และวิทยากรกระบวนการ

๕. เตรียมเครื่องมือการวิจัย

๖. ศึกษาบริบทพื้นที่ วัดที่เข้าร่วมโครงการ ประพฤติ สุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่วิจัย

๗. ดำเนินการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแล สุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการวิจัย ดังนี้

๗.๑ การสนทนากลุ่มผู้วิจัย ใช้การสนทนากลุ่มเพื่อให้พระสงฆ์ ภาควิเคราะห์ปัญหาที่ทำการศึกษา ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ชักถามสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ พร้อมกับค้นหาแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ต่อแนวปฏิบัติการดูแล สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปีที่เกิดจากการสั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการดูแล สุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจในการรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๗.๒ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยได้เข้าร่วมกระบวนการ สนทนากลุ่ม เพื่อสังเกตบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และบรรยากาศในการประชุม

ระยะที่ ๒: ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ ๔ ขั้นตอน ได้แก่

๑. ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนงานพัฒนา

๒. ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน

๓. ขั้นตอนประเมินผล และ

๔. ขั้นตอนสะท้อนผลการวิจัย

ในทุกขั้นตอนเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การวิเคราะห์การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการค้นหาทางเลือก ตัดสินใจ กำหนดแนวทางและแผนพัฒนาต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการการสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ ดังนี้

๑. ประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนงานด้วย กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ใช้ระยะเวลา ๑ วัน โดยผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายในพื้นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จากโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนกลุ่มองค์กรคณะสงฆ์ ตัวแทนคณะกรรมการวัดและชุมชนรอบวัด การประชุมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมร่วมกันวิเคราะห์การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ประชุมร่วมกันประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และภัยคุกคามสู่การร่วมวางแผนอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ภายใต้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

๒. ประชุมเชิงปฏิบัติคณะทำงานสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ ระยะเวลา ๑ วัน ด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference: FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ระดมสมอง แสดงความคิดเห็น ชักถามและตอบข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

๓. ชี้แจงให้เข้าใจวัตถุประสงค์การสร้างต้นแบบให้ชัดเจน เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาวะที่ดีแบบบูรณาการภายใต้ระบบบริการ และการเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อการพัฒนาอย่างเหมาะสม

๔. สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมประชุมและคณะกรรมการ แสดงความคิดเห็นในการวางแผนพัฒนาค้นหาทางเลือกอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพพระสงฆ์ สอดคล้องกับพระธรรมวินัย การบริหารจัดการคณะสงฆ์ และบริบทของพื้นที่

๕. ที่ประชุมมีมติร่วมกันกำหนดภารกิจเครือข่าย เครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์

๖. ในการประชุมเพื่อวิเคราะห์และวางแผนนี้ ผู้วิจัยและทีมวิจัยเข้าร่วมประชุมด้วยและทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินผลบรรยากาศการประชุม การเสนอความคิดเห็น การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และการเสนอตัวผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ ๒ การปฏิบัติตามแผนพัฒนา

ในขั้นตอนนี้ คณะผู้วิจัย และภาคีเครือข่าย ดำเนินการพัฒนาตามภารกิจ รูปแบบการดูแลสุขภาพ แผนงานและโครงการของที่ประชุม โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และพระธรรมวินัยโดยคณะผู้วิจัยได้ทำการติดตามและประเมินผลกิจกรรมและความสำเร็จของโครงการย่อยเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำงานตามโครงการ ประกอบด้วยกิจกรรมหลักในโครงการวิจัย ดังนี้

๑. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพพระสงฆ์ (อสว.) หลักสูตร ๒ วันซึ่งเนื้อหาหลักสูตรเป็นเรื่องเกี่ยวกับป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา การส่งต่อ การเยี่ยมไข้ เป็นต้น

๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ศูนย์แพทย์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่ดูแลพื้นที่วิจัย ร่วมกับเครือข่าย ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีพระสงฆ์ทุกรูป จัดทำสิทธิบัตรการรักษาพยาบาล และให้การรักษาพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

๓. ภาคีเครือข่ายปฏิบัติตามภารกิจที่ร่วมกันกำหนดในที่ประชุม และบูรณาการเข้ากับงานประจำ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ตามแนวทางการสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีรูปแบบการพัฒนาอย่างเหมาะสมกับพื้นที่

ขั้นตอนที่ ๓ การประเมินผล แบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ

๑. การประเมินผลระหว่างดำเนินการวิจัย ด้วยการประเมินจากการสังเกตบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการทำงานของเครือข่าย บรรยากาศการประชุม

๒. การประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ ๔ การสะท้อนผลการวิจัย

ผู้วิจัย นำกระบวนการและผลการวิจัยสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐตั้งแต่ขั้นตอนที่ ๑ - ๓ ที่ผ่านการวิเคราะห์ ดีความ และสรุป ความเชื่อมโยงให้ สัมพันธ์เชิงเหตุผล นำข้อมูลมาสะท้อนผลสู่พื้นที่วิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

๓.๒ พื้นที่การวิจัย

๓.๒.๑ พื้นที่วิจัย

การวิจัยครั้งนี้พื้นที่วิจัย คือ วัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่มีกลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) ประจำอยู่อำเภอละ ๒ รูป ทั้ง ๓๒ อำเภอ เหตุผลที่เลือกเป็นพื้นที่วิจัยเพราะ

๑. คณะสงฆ์อำเภอมี่พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) ที่ผ่านการอบรมประจำทุกอำเภอไม่น้อยกว่า ๒ รูป

๒. สาธารณสุขทั้ง ๓๒ อำเภอมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์และเข้าใจบทบาท การทำกิจกรรมของพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.)

๓. มีแกนนำพระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

๔. ชุมชน เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะสงฆ์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

๓.๒.๒ พื้นที่ปฏิบัติการ

เมื่อได้พื้นที่วิจัยแล้วได้เลือกพื้นที่ปฏิบัติการของพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) ป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเองรองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ แบ่งประเภทออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) ต.ด่านเกวียน อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา โดยใช้พื้นที่วัดด่านเกวียน อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา

๒. พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) ต.หัวทะเล อ.เมือง จ.นครราชสีมา โดยใช้พื้นที่วัดดอนขวาง อ.เมือง จ.นครราชสีมา

๓.๓ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านการสัมภาษณ์ ได้แก่

กลุ่มที่ ๑ พระสงฆ์ผู้เป็นตัวแทน จำนวน ๕ รูป

กลุ่มที่ ๒ ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่วัดด่านเกวียน และ วัดดอนขวาง จำนวน ๕ คน

กลุ่มที่ ๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) จำนวน ๑๐ คน

กลุ่มที่ ๔ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๑๐ คน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านสนทนากลุ่มเฉพาะ ได้แก่ เจ้าอาวาส พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) จำนวน ๒๐ รูป/คน

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interviews) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างละเอียดลึกซึ้ง โดยการสัมภาษณ์จะเป็นลักษณะการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติระหว่างผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์

๒. ชุดปฏิบัติการ ความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ชุดความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีขั้นตอนดังนี้

๑) ความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบภาคีเครือข่าย

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

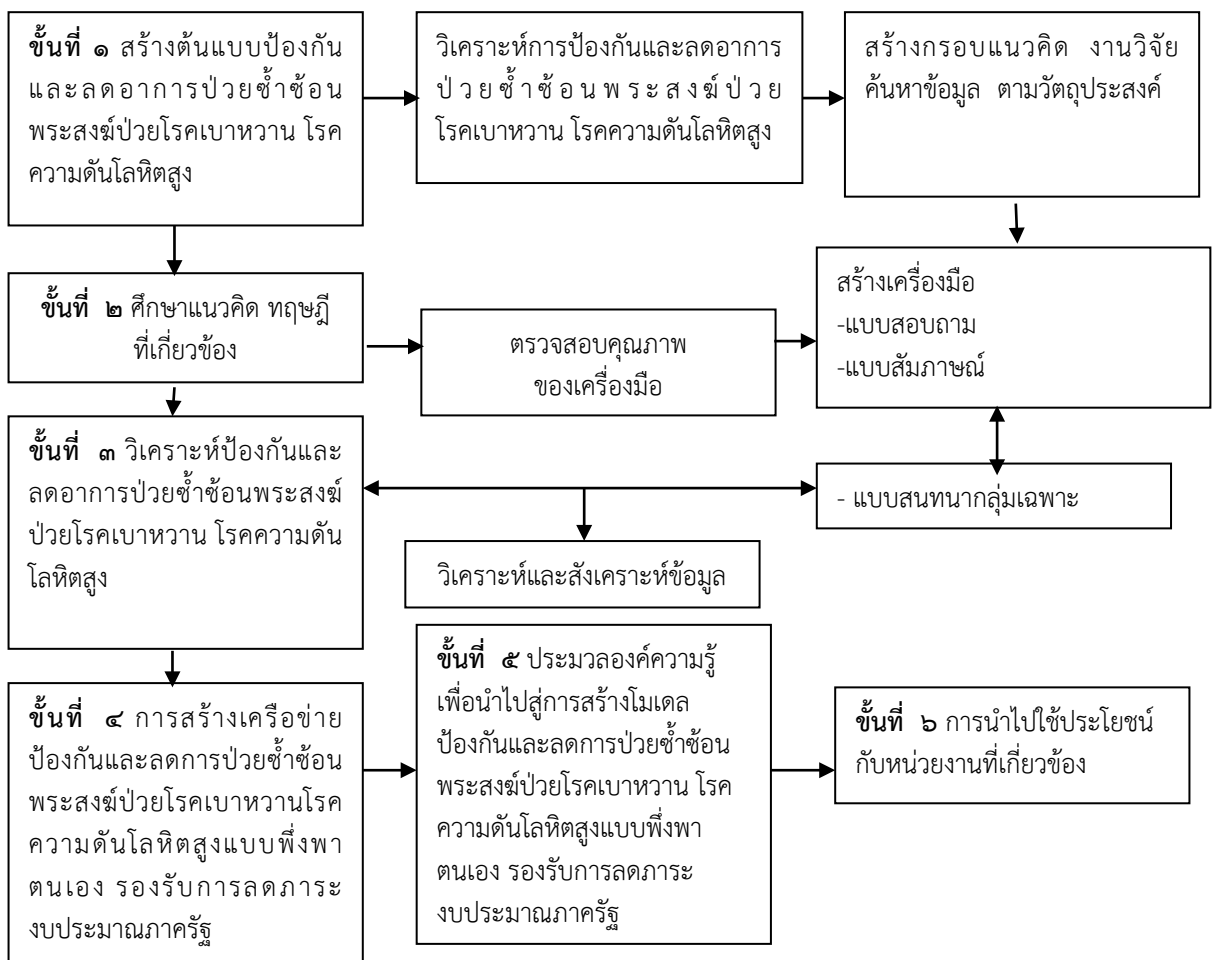
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลจากการจดบันทึก และข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงที่ถอดเป็นบทสนทนา มาวิเคราะห์เนื้อหาตามหัวข้อที่กำหนด แล้วนำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติการ ความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโดยวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมเชิงพรรณนา

๓.๗ สรุปกระบวนการวิจัย



แผนภาพที่ ๓.๑ แผนผังสรุปภาพรวมกระบวนการวิจัย

บทที่ ๔

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ” ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๔.๑ สร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๔.๒ สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๔.๓ องค์กรความรู้

๔.๑ สร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และพระสงฆ์ในพื้นที่ปฏิบัติตำบลท่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา กับพระสงฆ์ตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากฉันอาหารที่ประชาชนใส่บาตรทำบุญขาดการพิจารณา และขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียกระทบหลังฉันอาหาร และการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ และนิมนต์เข้าร่วมปฏิบัติการเป็นระยะเวลา ๓ เดือน พบการป่วยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคอ้วน เนื่องจากมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ผลการพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา นำมาสังเคราะห์สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

การเพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตามประเด็น ต่อไปนี้

๑. การดูแลตัวเอง

พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ มี ๓ ประเด็นดังนี้ คือ

๑.๑ การเรียนรู้เข้าใจโรคเบาหวาน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีการเรียนสร้างความเข้าใจเพื่อปรับพฤติกรรม รับรู้ถึงอาการ และภาวะแทรกซ้อนโดยการศึกษาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากกรรมพันธุ์และรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการฉับอาหาร การฉับยา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ อาการที่พบเมื่อเป็นเบาหวานพระสงฆ์บางรูปไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปมีอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อยๆ มีแผลที่เท้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการไปพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยอื่นๆ และตรวจพบว่าค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การรับรู้ของพระสงฆ์สอดคล้องกับการเรียนรู้ตามหลักหลักพระพุทธศาสนา รู้ทุกข์ เข้าใจทุกข์ ค้นหาต้นเหตุแห่งทุกข์ โรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมกรรมกรรมกรรมที่ขาดสติยับยั้ง^๑

การเรียนรู้เบาหวานชนิดที่ ๒ โดยจากบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านเกษียณและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่งให้ความรู้แก่พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานเพื่อให้มีองค์ความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและร่วมปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่เพื่อให้พระสงฆ์ได้สามารถควบคุมโรคเบาหวานลดอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ อีกทั้งยังกระตุ้นให้พระสงฆ์ได้ทำความเข้าใจตามแพทย์แผนใหม่โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายได้หากผู้ป่วยมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม บางรายสามารถงดการรับยาจากโรงพยาบาลโดยรับประทานอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับการรักษา ทั้งนี้เพราะโรคเบาหวานเกิดจากการอึกเสบ ของเซลล์ที่ทำงานได้ไม่เต็มที่หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการอึกเสบของเซลล์ได้โรคเบาหวานก็จะไม่รุนแรงสามารถดำรงชีวิตได้ เหมือนคนปกติทั่วไป



ภาพที่ ๔.๑ พระสงฆ์เข้ารับการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

^๑ สัมภาษณ์ นายประเสริฐ เทพทะเล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านเกษียณ, ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓.

พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานจะเรียนรู้มีสติรู้ทุกข์เวทนาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง “...อาตมาอ่อนเพลียง่ายไม่มีแรง มีอาการง่วงนอนหาวบ่อยๆ ปัสสาวะบ่อย ช่วงกลางคืนได้อ่านตำราเองและศึกษาจากคนที่เขารู้มา คิดว่าอาการเข้ากับเบาหวานนะ...”^๒ และความรู้จะชัดเจนขึ้นเมื่อได้รับคำอธิบายหรือได้รับการตรวจว่าพระสงฆ์ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง จากบุคลากรสาธารณสุข “...มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนโยมหมอบอกไม่ได้เป็นโรคต่อมลูกหมากแต่เป็นเบาหวาน” การรับรู้ข้อมูลและรับการตรวจซ้ำ พระสงฆ์จากเข้าใจอาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นควบคู่กับการรับรู้ข้อมูลที่เป็นภัยวิญฉัยพร้อมกับแสดงรายงานผลในคู่มือให้พระสงฆ์ได้รับทราบว่าเป็นโรคเบาหวานจากนั้นพระสงฆ์ที่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอและคุ้นเคยกับการเจริญสติปัญญา ๔ จะสามารถกำหนดสติกำหนดอาการที่ปรากฏขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์เองได้ โรคเบาหวานแสดงอาการที่แตกต่างจากอาการปกติเหนื่อยหรืออ่อนเพลียง่าย หิวบ่อย เกิดทุกข์เวทนาเกิดขึ้นเป็นแผลและหายาก เป็นการเรียนรู้ “ทุกข์”

การเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและอาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตามหลักการของแพทย์สมัยใหม่สอดคล้องกับหลักการของพระพุทธศาสนาคือการทำความเข้าใจกับทุกสภาพทุกสภาพปัญหาของอาการโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของพระสงฆ์ผู้ป่วยการค้นหาสาเหตุเพื่อให้เกิดการกำจัดทุกข์หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระสงฆ์สอดคล้องกับหลักเหตุแห่งทุกข์ “สมุทัย” ความอยากหรือความต้องการที่เกินความจำเป็นและการบริโภคต่างๆ การแสดงพฤติกรรมต่างๆ ของพระสงฆ์ ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคเบาหวานหรือพฤติกรรมที่ส่งผลให้โรคเบาหวานแสดงอาการแสดงผลที่รุนแรงควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดอาการป่วยอื่นๆ ตามมา “...ฉันหวานมากเลยเป็นเบาหวาน รักษาไม่หาย เป็นโรคทางกรรมพันธุ์โยมแม่เป็นเบาหวาน อาตมารับมาจากแม่เต็มๆ...” อีกครั้งพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าการออกกำลังกายหมายถึงการทำกิจกรรมเช่นเดียวกับพฤษชาติการเดินการวิ่งการแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกับความเป็นพฤษชาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวความเข้าใจผิดจึงนำมาซึ่งพฤติกรรมการป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนพระสงฆ์มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน เหนืออย่างง่าย เป็นแผลหายาก เป็นต้น การเรียนรู้และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พระสงฆ์จำเป็นจะต้องจัดการกับต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานหรือโรคภาวะแทรกซ้อน โดยหยุดยั้งความอยากตามหลักการของพระพุทธศาสนาคือเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง

การนำหลัก ปัจจเวก คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจจเวกขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัชหรือเรียกว่า ปัจจเวกขณสุทธิ คือ การบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาก่อนที่จะใช้สอย ปัจจัย ๔ หรือ เรียกว่า ปัจจัยสันนิสิตศีล อันเป็นศีลที่พระภิกษุ ที่พิจารณาปัจจัยที่ได้มาก่อนจึงใช้สอย เหตุผลที่ทรงแสดงการพิจารณาสิ่งที่ได้มาก่อนแล้วค่อยบริโภคใช้สอยเพื่อไม่ให้กิเลส อาสวะทั้งหลายเกิดในการใช้สอย ปัจจัยที่ได้มา อันเป็นการปิดกั้น

^๒สัมภาษณ์ พระปลัดทองถม ธรรมธโร. วัดสัมปตตะวนาราม จังหวัดนครราชสีมา, ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

กิเลส อาสวะทั้งหลายที่จะเกิดในปัจจุบัน ที่จะเกิดเพราะสิ่งที่ได้มา พระพุทธองค์ทรงแสดงศีล คือ ปัจจยสังนิสสิตศีล เพื่อพิจารณาด้วยปัญญา ย่อมบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาด้วยปัญญาเป็นปัจจเวกขณะ สุตติ ซึ่งปัจจยก็มี ๔ มีจิวร บิณฑบาต เสนาสนะและเภสัช ดังนั้นจึงเป็นเรื่องของปัญญาในการพิจารณา ปัจจย ๔ ที่ได้มาแล้วใช้สอย พิจารณาด้วยปัญญา

ปัจจเวก คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจจเวกขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จิวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัชหรือเรียกว่า ปัจจเวกขณะสุตติ คือ การบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาก่อนที่จะใช้สอย ปัจจย ๔ หรือ เรียกว่า ปัจจยสังนิสสิตศีล อันเป็นศีลที่พระภิกษุ ที่พิจารณา ปัจจยที่ได้มาก่อนจึงใช้สอย เหตุผลที่ทรงแสดงการพิจารณาสิ่งที่ได้มาก่อนแล้วค่อยบริโภคใช้สอยเพื่อไม่ให้กิเลส อาสวะทั้งหลายเกิดในการใช้สอย ปัจจยที่ได้มา อันเป็นการปิดกั้นกิเลส อาสวะทั้งหลายที่จะเกิดในปัจจุบัน ที่จะเกิดเพราะสิ่งที่ได้มา พระพุทธองค์ทรงแสดงศีล คือปัจจยสังนิสสิตศีล เพื่อพิจารณาด้วยปัญญา ย่อมบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาด้วยปัญญาเป็นปัจจเวกขณะสุตติ ซึ่งปัจจยก็มี ๔ มีจิวร บิณฑบาต เสนาสนะและเภสัช ดังนั้นจึงเป็นเรื่องของปัญญาในการพิจารณา ปัจจย ๔ ที่ได้มาแล้วใช้สอย พิจารณาด้วยปัญญา

ปัจจเวก คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจจเวกขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จิวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัชหรือเรียกว่า ปัจจเวกขณะสุตติ คือ การบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาก่อนที่จะใช้สอย ปัจจย ๔ หรือ เรียกว่า ปัจจยสังนิสสิตศีล อันเป็นศีลที่พระภิกษุ ที่พิจารณา ปัจจยที่ได้มาก่อนจึงใช้สอย เหตุผลที่ทรงแสดงการพิจารณาสิ่งที่ได้มาก่อนแล้วค่อยบริโภคใช้สอยเพื่อไม่ให้กิเลส อาสวะทั้งหลายเกิดในการใช้สอย ปัจจยที่ได้มา อันเป็นการปิดกั้นกิเลส อาสวะทั้งหลายที่จะเกิดในปัจจุบัน ที่จะเกิดเพราะสิ่งที่ได้มา พระพุทธองค์ทรงแสดงศีล คือปัจจยสังนิสสิตศีล เพื่อพิจารณาด้วยปัญญา ย่อมบริสุทธ์ด้วยการพิจารณาด้วยปัญญาเป็นปัจจเวกขณะสุตติ ซึ่งปัจจยก็มี ๔ มีจิวร บิณฑบาต เสนาสนะและเภสัช ดังนั้นจึงเป็นเรื่องของปัญญาในการพิจารณา ปัจจย ๔ ที่ได้มาแล้วใช้สอย พิจารณาด้วยปัญญา

เสนาสนะ ที่นั่ง ที่นอน พิจารณาโดยอุบายอันแยบคาย แล้วจึงเสพ ใช้สอยเสนาสนะ เพื่อบำบัดความหนาว เพื่อบำบัดความร้อน เพื่อบำบัดสัมผัสแห่งเหลือบ ยุง ลม แดดและสัตว์เสือกคลาน เพื่อความบรรเทาอันตรายอันเกิดแต่ฤดู เพื่อความยินดีในความหลักเร้น เมื่อใช้สอยเสนาสนะ ก็ใช้สอยด้วยการพิจารณาด้วยปัญญา ไม่ใช่ใช้สอยที่นั่ง ที่นอน หรือที่อยู่เพื่อความยินดี เพิ่มโลภะ เช่น ประดับตกแต่ง เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาด้วยปัญญาตามที่กล่าว ก็ย่อมบริสุทธ์และกิเลสที่จะเกิดขึ้น เพราะอาศัยการใช้สอยเสนาสนะก็ไม่เกิดขึ้นครับ

คิลาณปัจจย เภสัชบริขาร พิจารณาโดยอุบายอันแยบคายแล้วจึงใช้คิลาณปัจจยเภสัชบริขาร เพื่อบำบัดทุกขเวทนา อันเกิดเพราะธาตุกำเริบ ซึ่งเกิดขึ้นแล้วเพื่อความลำบากเป็นอย่างไร เป็นกำหนดเท่านั้น การใช้ยา ก็เพื่อรักษาโรคเพื่อที่จะได้ ดำรงชีวิตอยู่เพื่อที่จะอบรมปัญญาต่อไป ด้วยการพิจารณาอย่างนี้จึงเป็นอันบริสุทธ์เพราะอาศัยการพิจารณาด้วยปัญญา^๓

^๓สัมภาษณ์ พระครูอมรชัยคุณ, เจ้าอาวาสวัดสุชัยคณาราม ต.สีคิ้ว อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา, ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓.

เมื่อพระสงฆ์เรียนรู้นำหลักการพิจารณาด้วยปัญญากลอนฉันท์อาหารใช้ปัญญาพิจารณาดหวานมันเค็มที่มีอยู่ในอาหารฉันท์เพื่อให้ร่างกายสามารถอยู่ได้ พิจารณาถึงการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยเช่นฉันท์แล้วอังกฤษของพระสงฆ์กวาดลานวัดพัฒนาพื้นที่ในวัดให้สะอาดเหมาะสม การนำกิจกรรมเดินจงกรมการปฏิบัติธรรมมาประยุกต์ใช้ช่วยให้กายและจิตสงบ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุแห่งทุกข์ เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางพุทธศาสนา

การเรียนรู้เพื่อกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำข้อมูลการตรวจเช็คร่างกายการตรวจเลือด ค่าน้ำตาลสะสมหรือระดับความดันโลหิตที่แพทย์วินิจฉัยกำหนดว่าเป็น ที่อยู่ในระดับอันตรายพระสงฆ์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนสอดคล้องกับรักษาในพระพุทธศาสนาเป้าหมายสูงสุดของการทำตนให้พ้นจากกองทุกข์คือพระนิพพาน นิโรธหรือพระนิพพานเป็นเป้าหมายสูงสุดเมื่อพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงจะต้องกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดระดับน้ำตาลในเลือดประจำวันหรือระดับความดันโลหิตสูงให้ลดลงอยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จากโลกเดิมที่เป็นอยู่ โดยกำหนดเป้าหมายปรับพฤติกรรมดูแลตนเองหลังจากพระสงฆ์รับรู้ว่าเป็นเบาหวานมีการกำหนดเป้าหมายในการประพฤติปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ไม่ยากมรณภาพด้วยเบาหวาน ไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ไม่อยากพิการสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น อยากให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ จึงมีการกำหนดพฤติกรรมและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในหลักแห่งอริยสัจ ๔ คือ “นิโรธ” การเข้าใจ และยอมรับและมีเป้าหมายดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...เป้าหมายให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ตัวบนไม่เกิน ๑๒๐ พยายาม ลดด ของแผลงก็ไม่อยากป่วยเพิ่ม ไม่อยากพิการโดนตัดแข้งตัดขา ...” ในทางพุทธศาสนา ในหลักอริยสัจ ๔ การบรรลุปเป้าหมาย คือนิโรธ ความดับทุกข์ ดับตัณหาได้สิ้นเชิง พระสงฆ์ใช้หลากหลายวิธี เช่นการخمไว้ ระงับ ให้ดับไปเอง การใช้ปัญญาพิจารณาภาวะทั้งหลาย เช่น พิจารณาความไม่เที่ยง การตั้งเป้าหมายก็เพื่อการทำให้จิตใจให้ยอมรับ และตั้งมั่นที่จะประพฤติปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่ขั้นรู้หรือกำหนดวิธีการแก้ไข (มรรค) ในขั้นต่อไป



ภาพที่ ๔.๒ พระออกกำลังกายด้วยกวาดลานวัด

การเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระสงฆ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงทั้งร่างกายและจิตใจ มีวิธีการจัดการการดูแลตนเองครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยมีการเรียนรู้ ๑) ด้วยตนเองและ ๒) ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นหลัก แห่งอริยสัจ ๔ “มรรค” คือแนววิถีการปฏิบัติที่จะทำให้บุคคลสามารถหลุดพ้นจากความทุกข์ได้ การเรียนรู้หาวิธีที่จะทำให้การมีชีวิตอยู่กับเบาหวานอย่างปกติสุข ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อน เริ่มเรียนรู้จากตนเองก่อน ผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษาดูด้วยตนเองจากหนังสือ ตำราแผ่นพับ จากอินเทอร์เน็ต ศึกษาเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ในวัด ในชุมชน และจากประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีประวัติเป็นเบาหวานและจากผู้มีประสบการณ์การเป็นเบาหวานมาถ่ายทอด จากโยมที่มาทำบุญที่วัด ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ดังนี้ “...ก็ฟังจากอาการผู้ที่เป็นทุกๆ ไปทั้งพระทั้งโยม ฟังแล้วเค้าบอกว่ากินนี่ผิดอาตมาก็จำมากินอันนี้แอสล น้ำตาลขึ้นสูงอาตมาก็พยายามหลบคือสิ่งทีหนึ่งเป็นมันสองเป็นหวาน...บางทีต้องฉีดยาเพื่อฉีดยา ก็ตักแค่ผักสักชิ้น...” ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์พระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ดังนี้ “...มานั่งรอหมออยู่ตรงนี้มีนักเรียนหมอมาคอยให้ฟังพูดคุยเรื่องยาเบาหวานจับประเด็นที่เขาคูยกันได้สอนเรื่องยาฉีด การฉีดยาเบาหวาน ทำตามโยมหมอบอกมีพยาบาลหน้าห้องหมอให้คำแนะนำก็จำได้...” การเรียนรู้ที่ดีและนำไปปฏิบัติ ในหลักแห่งอริยสัจ ๔ การเรียนรู้เพื่อหาวิธีการดับทุกข์เรียกว่า มรรควิธี บุคคลสามารถกำหนดแนวทางเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงวางแนวทางเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนอีก ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ทั้งแก้ปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา วิธีการปฏิบัตินั้นต้องเป็นวิธีที่สามารถคุมได้ทั้งทางกายและทางจิตใจ^๔

แนววิถีปฏิบัติเพื่อการจัดการการดูแลตนเองมี ๒ ด้านคือ

๑. การดูแลตนเองด้านร่างกายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีการไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถมีชีวิตอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข สิ่งที่สำคัญนั้น คือการจัดการการดูแลตนเองด้านการฉีดยา การฉีดยา การออกกำลังกาย พระสงฆ์ได้เห็นความสำคัญในการจัดการการดูแลตนเองทั้ง ๓ ด้านอย่างสม่ำเสมอตามการเรียนรู้ที่ได้รับมาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุข ดังนี้

๑.๑ ดูแลตนเองด้านการฉีดยาพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...ฉีดยาให้คิดก่อนฉีดยาแบบนี้ตลอดมีโยมให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน ลองไปทำดูก็แรกๆ กะๆเอาว่าเท่านี้คือฉีดยาแล้ว ถ้าฉีดยาแล้วก็จะไม่ฉีดยาเลย...เลิกฉีดยาแล้วเหนื่อยเลย แรกๆ ทำยากเพราะเวลาไปกิจนิมนต์จะเลือกยาก...โยมนั่งจ้องมองก็มีเกรงใจจุดสำหรับเอามาถวายตอนหลังก็พยายามเลือกผักฉีกให้มากขึ้น ...”^๕ การจัดการการดูแลตนเองด้านการฉีดยาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การที่พระสงฆ์ได้ปฏิบัติ เช่นการพิจารณาก่อนฉีดยา การสะกดจิต สะกดใจ การมีสติ มองการฉีดยาเป็นเพียงเพื่อไม่ให้

^๔สัมภาษณ์ พระปลัดทองถม ธมมธโร. วัดสัมปตตะวนาราม จังหวัดนครราชสีมา, ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^๕สัมภาษณ์ พระปลัดวีระชัย ธมมจิตโต, ดร. รักษาการเจ้าอาวาสวัดป่าหิมพานต์ (โนนม่วง), ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓.

ถ้าเป็นทางจิตก็หมั่นฝึกฝนจิตทำจิตให้ว่าง รู้จักปล่อยวางให้เป็นแค่นี้ชีวิตก็จะไม่ทุกข์...”^๘ พระสงฆ์ มองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของความเป็นไปตามธรรมชาติที่จะต้องมีการเกิด การแก่การเจ็บ และก็การตาย เป็นสังขารที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มีความเครียดเมื่อทราบว่าอาพาธด้วยเบาหวาน กลับมองว่าการเป็นเบาหวานไม่มีตัวตน น้ำตาลสูงน้ำตาลต่ำในเลือดไม่มีตัวตน ขึ้นอยู่กับการเอาจิตไปผูกยึดกับสิ่ง นั้นสิ่งนี้จะทำให้เกิดทุกข์การรู้ทันในสิ่งที่เกิด หาหนทางแก้ไขในสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหาทุกข์นั้นก็ จะคลายไป ใช้หลักอริยสัจ ๔ พิจารณา การที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานคือความทุกข์แล้ว มองว่า ทุกข์ที่เกิดขึ้นจากเรื่องอะไรหาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ใช้สติยอมรับคือนิโรธมรรคแนวทางแห่งการดับทุกข์ ด้วยการข่มใจ การดับกิเลสตัดหนาคด้วยการตัดขาด ด้วยการสงบ ระวังและสามารถดับกิเลสโดยสิ้นเชิง และดับได้ต่อเนื่องตลอดไป การเอาชนะความทุกข์นั้นคือ เราต้องมีสติตลอดจึงสามารถคุมอารมณ์มี จิตอันเป็นสมาธิจึงเกิดปัญญาแก้ไขปัญหาคได้ตลอดไป

๒. รูปแบบการจัดการการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จของพระสงฆ์อาพาธด้วย เบาหวานชนิดที่ ๒ ประกอบด้วย

๑. ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธตาม หลักอริยสัจ ๔ ได้แก่ การรับรู้ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์การดับทุกข์ และการปฏิบัติเพื่อพ้นทุกข์ ซึ่ง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง^๙

๑.๑ การรับรู้ทุกข์ การรับรู้การเป็นเบาหวานเป็นสิ่งที่พระสงฆ์กำหนดรู้ทุกข์ มีการ รับรู้การเจ็บป่วย อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่ทำให้ไม่สบายกายและใจ มี การเปลี่ยนแปลงทางกายและใจ

๑.๒ สาเหตุแห่งทุกข์ เป็นสิ่งที่ควรกำจัด คือ กำจัดเหตุแห่งทุกข์ พระสงฆ์รับรู้ สาเหตุสามารถบอกเล่าได้ว่าการเป็นเบาหวานเป็นจากสาเหตุใด เช่น บางรูปเป็นจากกรรมพันธุ์ฉันท อาหารหวาน ฉันทโดยไม่พิจารณา ไม่ออกกำลังกาย เกิดจากความไม่เข้าใจในสิ่งต่างๆ ตามความจริง

๑.๓ การดับทุกข์ ดับกิเลส การรับรู้และเข้าใจในเบาหวานยอมรับได้กับสิ่งที่เกิด พิจารณาการเกิด ดับ การมีสติตั้งมั่น การมีเป้าหมายในชีวิต มีการยอมรับมองเห็นความไม่มีตัวตนของ ค่าน้ำตาลแสดงถึงการเข้าใจและเข้าใจถึงและเกิดการยอมรับในสิ่งที่เกิด

๑.๔ การปฏิบัติเพื่อพ้นทุกข์ เป็นหนทางนำไปสู่การดับทุกข์ การมีสุขภาพที่ดีตามที่ ตั้งเป้าหมายไว้ การปฏิบัติตัวตามมรรควิธี พระสงฆ์หาวิธีการเรียนรู้เพื่อการดับทุกข์ทางกาย ดับทุกข์ ทางใจ การจัดการการดูแลตนเองด้านการฉันทอาหาร การฉันทยา การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ อารมณ์จิตวิญญาณ อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป้าหมายคือการมีสุขภาพดีแม้จะเป็นเบาหวาน และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

๒. ปัจจัยภายนอกได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล วัดกับ การจัดการด้านสุขภาพในวัดและชุมชนวัด การทำบุญตักบาตรของฆราวาสในชุมชนรายละเอียดดังนี้

๒.๑ บุคลากรสาธารณสุข คือ ผู้ให้บริการประกอบด้วยแพทย์ จักษุแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักกายภาพโชนากร ทันตภิบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หน่วยดูแลตัด

^๘ สัมภาษณ์ พระธนา สุจิตาจาโร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.), ๔ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^๙ สัมภาษณ์ พระอาจารย์แสนปราชนัญญ์ ปัญญาโคโม, เจ้าอาวาสวัดป่าโนนสะอาด ต.ท่าเยี่ยม อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา, ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓.

รองเท้าเบาหวาน หน่วยเวชกรรมชุมชน บุคลากรในทีมมีหน้าที่การคัดกรองภาวะสุขภาพส่งเสริมสนับสนุนและคำแนะนำในการจัดการการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำประเมินติดตามผลการรักษา การทำงานเป็นทีมและประสานงานส่งต่อระบบงาน มีการติดตามประเมินผล รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองของพระสงฆ์อาพาธเบาหวาน ติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในคลินิก รวมทั้งการให้การดูแลตั้งแต่แรกรับเข้าคลินิกเบาหวานจนการวางแผนสู่ชุมชน

๒.๒ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่พระสงฆ์ได้กล่าวถึงเพราะการจัดบริการการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่คลินิกเบาหวานช่วงระยะเวลาที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และช่วงเวลาที่รอตรวจกับแพทย์ มีเวลาที่จะศึกษาความรู้จากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น จากมุมสุขศึกษาจากบอร์ดให้ความรู้ มุมอ่านหนังสือ จากมุมให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานจากนักโภชนาการ จากบอร์ดน้ำตาลสามมิติ

๒.๓ วัดกับการจัดการด้านสุขภาพในวัด วัดเป็นสถานที่พักอาศัยของพระสงฆ์การจัดการการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน ทางด้านการฉันทาอาหารพระสงฆ์ฉันทาอาหารที่มาจากการบินขบถ การออกกำลังกาย การจัดการดูแลตนเองด้านการฉันทา การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ในวัดมีตัวอย่างพระสงฆ์ที่มีปัญหาสุขภาพด้านเบาหวาน มีความพิการจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน มีฆราวาสที่มาทำบุญเป็นเบาหวาน สิ่งที่ได้พบทำให้มีผลต่อการจัดการการดูแลตนเองเมื่ออาพาธด้วยเบาหวาน

๒.๔ ชุมชนวัด คือชุมชนที่อยู่รอบๆ วัด การทำบุญตักบาตรของฆราวาสในชุมชนฆราวาสนิยมถวายอาหารสำเร็จรูปซึ่งสะดวกและเป็นอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มอาหารเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการที่พระสงฆ์รับกิจนิมนต์ในงานบุญต่างๆ นอกวัดมีผลต่อการจัดการการดูแลตนเองด้านการฉันทาอาหาร และการฉันทาทุกขั้นตอนของการจัดการการดูแลตนเองนั้นพระสงฆ์ทำได้ด้วยตนเอง บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้เสนอแนวทางที่ให้พระสงฆ์เลือกปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของพระสงฆ์เอง แนวทางที่พระสงฆ์ใช้วิธีการพิจารณาปัจเจกทั้ง ๔ อย่าง เราย่อมพิจารณาโดยแยกกายแล้วมุ่งห่มจีวร ฉันทาขบถขบถอยู่ใช้สอยเสนาสนะ และบริโภคนิสัยขบถอันเกื้อกูลแก่คนไข้เพียงเพื่อบำบัดทุกขเวทนาอันบังเกิดขึ้นแล้วมีอาพาธต่างๆ เป็นมูลเพื่อความเป็นผู้ไม่มีโรคเบียดเบียนเป็นอย่างยิ่ง เจริญสติปฏิฐานมองเห็นอาการป่วยตามทางแห่งอริยสัจ ๔ มองเห็นทุกข์ หาแนวทางดับทุกข์ด้วยตนเอง ระลึกและเข้าใจ มีจิตอันตั้งมั่นเพื่อขจัดเหตุแห่งทุกข์ ปฏิบัติตามแนวทางแห่งมรรควิธี เพื่อการมีชีวิตอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติกิจของพระสงฆ์เพื่อสืบทอดศาสนาต่อไป

๒. การจัดทำฐานข้อมูล

การจัดทำฐานข้อมูลดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นการแก้ไขปัญหาจากการปกปิดข้อมูลรักษาสิทธิ์ผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินมูลและรวบรวมข้อมูล พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานอื่นๆในพื้นที่ตำบลด่านเกวียนและตำบลห้วยทะเลเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปฏิบัติการและแก้ปัญหาแจ้งการหาภาพของพระสงฆ์ควบคู่กับการปฏิบัติการลดปัญหาพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน^{๑๐}

^{๑๐}สัมภาษณ์ นายประเสริฐ เทพทะเล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน, ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓.

ลำดับ ที่	รพ.สต.ที่ รับผิดชอบ	วัด	จำนวน พรรษา	โรคประจำตัว	ตำแหน่ง	จำนวนพระภิกษุ		
						อายุ น้อยกว่า ๓๐	๓๐- ๓๔ ปี	๓๕ ปีขึ้นไป
๑	รพ.สต.ด่าน เกวียน	วัดบ้านตุม	๒๔		เจ้าอาวาส			✓
๒			๔		พระลูกวัด			✓
๓			๔		พระลูกวัด			✓
๔			๓		พระลูกวัด	✓		
๕	รพ.สต.ด่าน เกวียน	วัดใหม่ หนองบอน	๓๕	DM"HT	เจ้าอาวาส			✓
๖			๕		พระลูกวัด		✓	
๗			๙		พระลูกวัด			✓
๘			๒		พระลูกวัด		✓	
๙			๑		พระลูกวัด	✓		
๑๐			๐		เณร	✓		
๑๑	รพ.สต.ด่าน เกวียน	วัดป่าหิม พานต์	๘		เจ้าอาวาส			✓
๑๒		(โนนม่วง)	๘		พระลูกวัด			✓
๑๓			๗	DM	พระลูกวัด			✓
๑๔			๓		พระลูกวัด			✓
๑๕			๑		พระลูกวัด			✓
๑๖			๐		พระลูกวัด			✓
๑๗			๐		พระลูกวัด			✓
๑๘			๐		เณร	✓		
๑๙	รพ.สต.ด่าน เกวียน	วัดด่าน เกวียน	๔๕	HT,DM	เจ้าอาวาส			✓
๒๐			๓๐		พระลูกวัด			✓
๒๑			๑๐		พระลูกวัด			✓

ลำดับ ที่	รพ.สต.ที่ รับผิดชอบ	วัด	จำนวน พรรษา	โรคประจำตัว	ตำแหน่ง	จำนวนพระภิกษุ		
						อายุ น้อย กว่า ๓๐	๓๐- ๓๔ ปี	๓๕ ปีขึ้นไป
๒๒			๑๐		พระลูกวัด			✓
๒๓			๖		พระลูกวัด			✓
๒๔			๕		พระลูกวัด	✓		
๒๕			๒		พระลูกวัด			✓
๒๖			๐		เณร	✓		
๒๗			๐		เณร	✓		

ผลการสำรวจวัดในเขตเทศบาลหัวทะเลเบื้องต้น วัดตะคองเก่ามีพระ ๗ รูป ที่ผ่านมามีพระป่วยด้วยโรคเบาหวานมรณภาพ ๓ รูป ปัจจุบันเหลือป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑ รูป วัดพะไลมีประมาณ ๖ รูป เณร ๕ รูป วัดหนองสองห้อง ๑๒ รูป วัดดอนขวาง ๓๐ รูป เณร ๒๐ รูป วัดป่าศรีถาวรรมมีพระ ๑๘ รูป ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๗ รูป โดยสรุพบมีพระสงฆ์ในพื้นที่ ๖๑ รูป และเณร ๒๕ รูป รวม ๘๖ รูป และป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๘ รูป ในส่วนโรคอื่นๆ ยังไม่ได้สำรวจ ทั้งนี้ได้ประชาสัมพันธ์คณะสงฆ์ให้รับทราบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ป้องและลดการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลหัวทะเล สนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมในวัดเอื้อต่อสุขภาพและความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ส่งผลให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข

๓. ปฏิทินสุขภาพพระสุขภาพดี

ปี พ.ศ.๒๕๖๓ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ตำบลหัวทะเลขอ निมนต์พระสงฆ์ประพฤติปฏิบัติการพระสุขภาพดี ปรับพฤติกรรมตนเองลดอาการป่วยแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบัน คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณา ปัจจุบันขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัช และใช้โยนิโสมนสิการเพื่อเป็นปีแห่งพระสุขภาพที่ดี ด้วยการจัดปฏิทินพระสุขภาพดี ตั้งเป้าหมาย วางแผนกิจกรรมในแต่ละวัน ทั้งการฉันอาหาร และออกกำลังกายตามพระธรรมวินัย ลงมือปฏิบัติแต่ละวันให้เกิดความต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ พระสุขภาพดี ลดน้ำตาล ลดความดันโลหิตสูง ลดอาการป่วย ปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรค^{๑๑}

^{๑๑}สัมภาษณ์ นางสาวกรรณิภา ภาณุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลตำบลหัวทะเล, ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

วิธีการจัดปฏิทินพระสุขภาพที่ดี เขียนเป้าหมายเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลของพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับน้ำตาลก่อนทานอาหาร ๙๐-๑๓๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ระดับน้ำตาลหลังทานอาหาร ๒ ชั่วโมง น้อยกว่า ๑๘๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

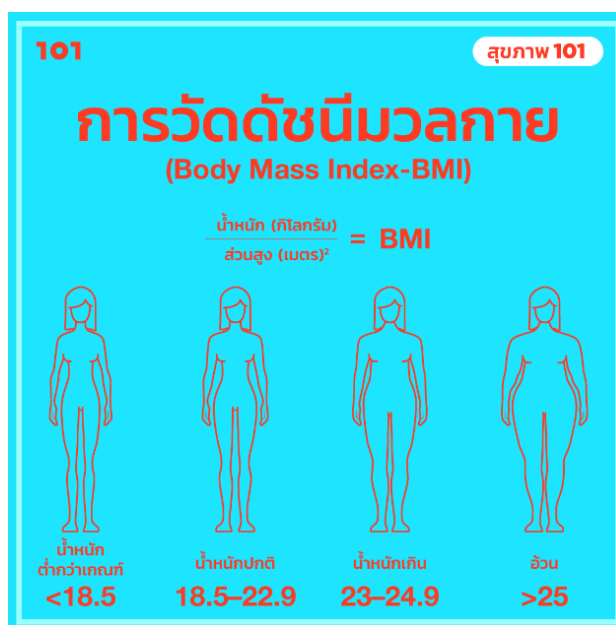
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑c) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗% ให้ชัดเจน

ระบุสิ่งที่จะลงมือทำ และมีตัวเลขเพื่อเป็นการประเมิน ติดตามผลได้ พร้อมมีระยะเวลากำหนด (เช่น หากอยากลดน้ำหนัก หรือเปลี่ยนแปลงรูปร่างต้องประเมินผลด้วยการชั่งน้ำหนัก หรือวัดสัดส่วนเพื่อใช้เป็นมาตรวัดความเปลี่ยนแปลงในแต่ละเดือน) ตั้งรางวัลให้กับตัวเอง หากทำเป้าหมายได้สำเร็จในแต่ละเดือน รางวัลที่ว่าไม่จำเป็นต้องเป็นรางวัลใหญ่ หรือมีมูลค่าสูงมากมาย แต่เป็นรางวัลที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้กับตัวเองได้ (เช่น ถ้าออกกำลังกายได้ ๓ วันติดกัน จะให้รางวัลตัวเอง)

กำหนดวันสำคัญ หรือกิจกรรมที่ต้องทำลงในปฏิทิน เพื่อให้เราได้พักลงมือทำบางสิ่งในแต่ละวันอย่างจริงจัง เช่น วันแห่งสลัด, วันงดของแปรรูป, วันของข้าวไรซ์เบอร์รี่, วันที่ออกกำลังกายแบบสุดเหวี่ยง, วันนอนแต่หัวค่ำ, วันตื่นแต่เช้าตรู่ ฯลฯ เพื่อเป็นวันแห่งการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างจริงจัง ถ้าเราทำได้สำเร็จแม้เพียง ๑ วัน แต่การทำสำเร็จซ้ำๆ ในวันถัดๆ ไปย่อมง่ายขึ้น หมั่นทบทวนเป้าหมาย และติดตามผลรายสัปดาห์ เพื่อให้ไม่หลุดจากเป้าหมายไปไกล จนกลับมาอีก หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้า ขอให้ทบทวน และลองปรับวิธีการใหม่ก่อนที่จะรู้สึกท้อ จัดสมดุลปฏิทินให้มีวันพักผ่อนกายใจ ปล่อยตัว ปล่อยใจตามสบายบ้าง จะได้ไม่รู้สึกเครียดกดดันจนเกินไป เราจะใช้เวลาต่อเนื่องตลอดปีเหมือนลงมาราธอน ดังนั้นอย่าใจร้อน หากที่ตั้งปฏิทินในจุดที่เห็นชัดเจนทุกวัน เขียนเป้าหมาย คำพูดเตือนใจ และรางวัลพิเศษที่จะให้ตัวเองถ้าทำได้ตามเป้าหมายในแต่ละเดือน

ตัดใจขึ้นเครื่องชั่งน้ำหนัก แล้วผูกมิตรกับเครื่องชั่ง และสายวัดเอาไว้ เพราะตลอดปีนี้เราจะเป็นเพื่อนรักกัน ชั่ง นน. ติดตามผลทุกเช้า แล้วจดในตาราง (อย่าเครียด แต่ขอให้มีความสุข มีความสุขที่ได้ดูแลตัวเอง) มีการทบทวน ๖ วันสำคัญในทุกเดือนที่ถูกกำหนดไว้ ตามสัญลักษณ์ที่ระบุไว้ในปฏิทิน ทุกวันที่ ๑ ของเดือนคือ “วันแห่งสลัด” ข้าพเจ้าจะฉันทักให้ได้เยอะๆ และ “วันงดของแปรรูป รวมถึงอาหารตัวอ้วน ขนมหเกอรี่ และน้ำหวาน งดเครื่องดื่มชูกำลังทั้งหลาย” “วันของข้าวไรซ์เบอร์รี่ หรืออาหารที่ไม่ขัดสีทั้งหลาย”

วันที่ต้องใช้ “สติสัมปชัญญะพิจารณาปัจจุเวก” ในการฉันทักให้เกิดการพิจารณาต่อเนื่องเป็นพิเศษ หรือ “ออกกำลังกายแบบพระอริย” ตื่นเต้น!!! ลุ้นๆๆๆ “วัดสัดส่วน” มี ๒ วันใน ๑ เดือน วัดแล้วจดลงในตาราง หรือตรวจภาวะ “น้ำหนักเกิน” หรือโรคอ้วน (มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน) การวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) และการวัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference)



ภาพที่ ๔.๓ ตรวจภาวะ “น้ำหนักเกิน”
ที่มา : <https://www.the101.world/health-check-up/>

การวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) การวัดดัชนีมวลกายเป็นการคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง ๒๓-๒๔.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่า “น้ำหนักเกิน” ถ้าเกิน ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าเป็นโรค “อ้วน”



ภาพที่ ๔.๔ การวัดเส้นรอบเอว

ที่มา : <https://www.the๑๐๑.world/health-check-up>

การวัดเส้นรอบเอวเพื่อพิจารณาภาวะอ้วนลงพุง สามารถประเมินได้จากเส้นรอบเอว เกณฑ์ภาวะลงพุงในผู้หญิงและผู้ชายจะแตกต่างกัน ผู้หญิงจะอยู่ในภาวะ “อ้วนลงพุง” หากเส้นรอบเอวมมากกว่า ๘๐ เซนติเมตร (๓๒ นิ้ว) และผู้ชายจะอยู่ในภาวะอ้วนลงพุงหากเส้นรอบเอวมมากกว่า ๙๐ เซนติเมตร (๓๖ นิ้ว) และพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานต้องกำหนดวันตรวจวัดรอบเอว นำผลไปจัดการปรับพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ ๔.๕ รูปแบบการออกกำลังกายพระสงฆ์สูงอายุ

วันที่ฉันอาหารมีสติระดับน้ำตาลไม่สูง และออกกำลังกายหลังฉันอาหารทำงานเบาๆ พัฒนาวัด ช่วงเย็นกวาดลาดวัด เดินจงกรมระบุน้ำยปฏิบัติ เดินที่มี ๓๐ วัน และเดือนที่มี ๓๑ วัน



ภาพที่ ๔.๖ รูปแบบการออกกำลังกายตามพระธรรมวินัย

การเดินจงกรมเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายของพระสงฆ์ตามพระธรรมวินัยเน้นการเดินจงกรมอย่างน้อยวันละ ๓๐ นาทีถึงวันละ ๑ ชั่วโมง เมื่อพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานนำกิจกรรมการเดินจงกรมมาบูรณาการกับกิจกรรมการนวดเท้าจะทำให้ป่วยเบาหวาน สามารถรับรู้อาการ ของปราสาทเท้า หากเกินแล้วท้าวไม่รับรู้ ความรู้สึกหรือมีอาการชาที่เท้า แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพระสงฆ์ต้องรีบเข้าพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา

๔. ความร่วมมือ

การศึกษาการสร้างความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา กำหนดประเด็นความร่วมมือ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ร่วมริเริ่ม ๒. ร่วมคิดวางวิสัยทัศน์ กำหนดทิศทาง ๓. ร่วมปฏิบัติ ตามแนวทาง ๔. ร่วมประเมิน ๕. ร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการทำงาน เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ กับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนักสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิดแนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้ง องค์การภาครัฐ องค์การภาคประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น^{๑๒}

นโยบายสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา กับภาครัฐจังหวัดนครราชสีมา ลักษณะความร่วมมือเพื่อให้พระสงฆ์เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ดำเนินโครงต้นแบบ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ จัดให้พระสงฆ์ได้มีแกนนำพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดร่วม ดำเนินการกับโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกครั้งถ้าแกนนำสุขภาพอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดได้ร่วมงานกับ หน่วยงานเครือข่ายได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา และเครือข่าย เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมดูแลพระสงฆ์อาพาธรวมทั้งขับเคลื่อนมิติวัดส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาวัดให้เป็นสถานที่รองรับการจัดกิจกรรมเชิงดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชน

วัดบริหารจัดการวัดให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สะอาด ร่มรื่น เชิญชวนประชาร่วมพัฒนาอาคารสถานที่ ร่วมพัฒนางานพุทธศิลป์ จัดกิจกรรมร่วมจิต(วิญญาน)การปฏิบัติธรรม โดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์ พัฒนาตนเอง / ฟังตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้มีพระภิกษุแกนนำเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพกับองค์กรชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จัดทำโครงการเสนอกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ส่งเสริมและสนับสนุนการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ แผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระ

^{๑๒} สัมภาษณ์ นายเอกภพ โทมรศักดิ์ นายกเทศมนตรีตำบลหัวทะเล, ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบโล่ประกาศเกียรติคุณแด่วัดส่งเสริม สุขภาพดีเด่นและถ่ายทอด นวัตกรรมการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพะ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ และด้านการวิจัย สุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา เป็นแกนนำ มีผลงานวิจัยและแนวทางการเขียนโครงการสนับสนุน เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ

“โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน รูปแบบและวิธีการที่ชัดเจน เน้นพระสงฆ์พึ่งพาตนเอง พร้อมตระหนักถึงภารกิจของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)ทำงานเพื่อพัฒนาตนเอง สงเคราะห์ผู้อื่น ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ในการพัฒนางานดูแล สุขภาพพระสงฆ์และชุมชน ยกพระให้เป็นที่พึ่ง แบบอย่างการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการ ใช้ยา ฉันทยาลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน ตอบโจทย์ร่วมสมัย บนเส้นทางของการสร้างสุขภาวะพร้อมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคให้ได้มากที่สุด”^{๑๓}

“ช่วงเข้าพรรษาพระสงฆ์ต้องเทศนาให้ความรู้เพื่อสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพ พระสงฆ์และประชาชน สงฆ์ไทยไกลโรค ประชาชนลดป่วยเบาหวาน พร้อมจัดทำป้ายนิเทศ คู่มือ ความรู้ด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมวัดรอบเอวพระ สนับสนุนวิทยากรมาขอแนะนำด้านโภชนาการ อาหาร และพระให้ความรู้ต่อบาตรได้บุญ วิธีการใส่บาตรที่ถูกต้อง โดยจะร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นการจับคู่การทำงานระหว่างวัดกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อสุข ภาวะที่ดีของพระภิกษุสงฆ์และประชาชน”^{๑๔}

หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตพระสงฆ์และชุมชนบาท พระสงฆ์เป็นนักส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะมีประสิทธิภาพได้ พระต้องผ่านการอบรมและถวายเป็นความรู้ความ เข้าใจแก่พระ นอกจากนี้มีการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ผ่านการมอบชุดองค์ความรู้ป้องกัน โรคให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระระดับตำบลกว่าหนึ่งหมื่นแห่งเพื่อสื่อสารเพิ่มความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับพระสงฆ์มากขึ้นผลลัพธ์เกิดการสานพลังเครือข่ายสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องด้านสุขภาพระดับพื้นที่ ” แนวทางดำเนินงานร่วมสร้างสุขภาพของพระอย่างยั่งยืน หน่วยงานภาครัฐได้ร่วมมือกับคณะสงฆ์จัดอบรมพัฒนาพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)จังหวัดนครราชสีมา (ภาคผนวก รายชื่อพระ อสว.)^{๑๕}

องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพโครงการกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาล/อบต ประกาศให้หน่วยงานรัฐ องค์กร กลุ่มในพื้นที่ให้บริการร่วมจัดทำ แผนงานดูแลสุขภาพประจำปีงบประมาณ ประเภทกิจกรรม ๑.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการ

^{๑๓}สัมภาษณ์ พระครูอมรชัยคุณ, เจ้าอาวาสวัดสุขัยคณาราม ต.สีคิ้ว อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา, ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^{๑๔}สัมภาษณ์ พระอาจารย์แสนปราษฎ์ ปัญญาโคโม, เจ้าอาวาสวัดป่าโนนสะอาด ต.ท่าเยี่ยม อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา, ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^{๑๕}สัมภาษณ์ นายประเสริฐ เทพทะเล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน, ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓.

จัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่/๒.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๓.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของศูนย์เด็กเล็ก และศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ/๔.ค่าใช้จ่ายในการบริหาร/๕.โรคระบาดหรือภัยพิบัติ ภายใต้การจัดประชุมวางแผนงาน ประชุมจัดสรรงบประมาณตามแผนงานสุขภาพชุมชนท้องถิ่น พระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะอำเภอโชคชัยและอำเภอเมืองได้มีการจัดตั้งกลุ่ม พระ อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดและนำเสนอแผนงานสุขภาพ ต่อเทศบาล อบตภายใต้กองทุนประจำตำบล และเขียนขอ งบประมาณ ในรูปแบบของกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานที่พระสงฆ์ต้องการ โดยเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนและนำเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทุกตำบล



ภาพที่ ๔.๗ พระสงฆ์ร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล

กลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ตำบลหัวทะเล นำเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การดูแลตนเองจากกลุ่มโรค NCD และการป้องกัน ลดการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนจากโรค NCD เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลหัวทะเล เป็นเงิน ๗๒,๙๗๕ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(ตัวอย่างการสนับสนุนโครงการ)

การสร้างความร่วมมือระหว่างพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากจุดเริ่มต้นของความต้องการให้พระสงฆ์มีสุขภาพแข็งแรงด้วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานภาคเอกชนกลุ่มจิตอาสาในจังหวัดนครราชสีมาจะดำเนินแผนงานและโครงการโดยนิมนต์พระสงฆ์เข้าร่วมโครงการเช่นการจัดกิจกรรมอบรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพหลงประจำปีที่จัดขึ้นในภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือจัดขึ้นในภาพของ

ร่วมมือระดับจังหวัดในการตรวจสุขภาพพระสงฆ์เพื่อให้คณะสงฆ์และหน่วยงานภาครัฐได้นำผลการตรวจสุขภาพไปจัดกิจกรรมย่อยตามความต้องการและปัญหาของพื้นที่



ภาพที่ ๔.๘ หน่วยงานรัฐจัดทำโครงการตรวจสุขภาพพระสงฆ์

๕. เครือข่าย

พระสงฆ์ผู้เชื่อมโยงเครือข่ายพระครูอมรชัยคุณ (หลวงตาเชษฐ์ พนจรพัฒนา) เจ้าคณะตำบลชั้นเอก วัดสุขชัยคุณาราม ต.สีคิ้ว อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา คือ พระกลไกหลักประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เชื่อมต่อความร่วมมือระดับประเทศการร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาอาศัยการขับเคลื่อนผ่านองค์กรภาครัฐที่ให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลสนับสนุนให้วัดพัฒนาขับเคลื่อนงานสุขภาพพระสงฆ์ เข้าประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช) ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอแนวทางประยุกต์หลักพระสงฆ์นักพัฒนากับการพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ “บันได ๗ ขั้นเพื่อการพัฒนา” ดังนี้^{๑๖}

ขั้นที่ ๑ ค้นหาทุนทางสังคม เรียนรู้ศึกษาชุมชน

ขั้นที่ ๒ ถอดองค์ความรู้และถอดบทเรียนที่ได้ศึกษามา

ขั้นที่ ๓ ในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปลูกจิตสำนึกต่อการเปลี่ยนแปลงชุมชน

ตนเอง

ขั้นที่ ๔ ก็พยายามพัฒนาปรับปรุงและสร้างความภูมิใจในชุมชนโดยการเสริมแรงสนับสนุนที่เข้มแข็ง เมื่อเกิดพลัง และความสุขในการมองชุมชน

ขั้นที่ ๕ คือการพยายามหาทางออกและแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง เมื่อเห็นว่าการทำงานได้ผลในระดับหนึ่งควรเป็นแบบอย่างต่อการเรียนรู้ในชุมชนอื่นๆ

ขั้นที่ ๖ คือ ขยายผลสู่ชุมชนอื่น เพื่อเป็นแบบอย่าง

ขั้นที่ ๗ นำความรู้เหล่านั้น ไปสู่เวทีสาธารณะ และสร้างวิทยากรในชุมชน มีห้องปฎิบัติการสุขภาพและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาหาร

^{๑๖}สัมภาษณ์ นางสาวกรรณิษา ภาณุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลตำบลห้วยทะเล, ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

หลวงตาแชร้พยายามพัฒนาปรับปรุงและสร้างการร่วมประชุมคณะทำงาน จัดทำ
รองเท้าสำหรับพระผู้อาพาธ(ป่วย)ด้วยโรคเบาหวาน เสนองงานต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต ๙
นครราชสีมาร่วมกับโรงพยาบาลบัวใหญ่ เป็นศูนย์กลางการดำเนินงาน ประสานงานกับพระ
อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) นครราชสีมาและมีการขยายผลออกเป็นเครือข่ายอีก ๓
จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ ดังตารางเครือข่ายแยกตามพื้นที่
จังหวัดต่อไปนี้

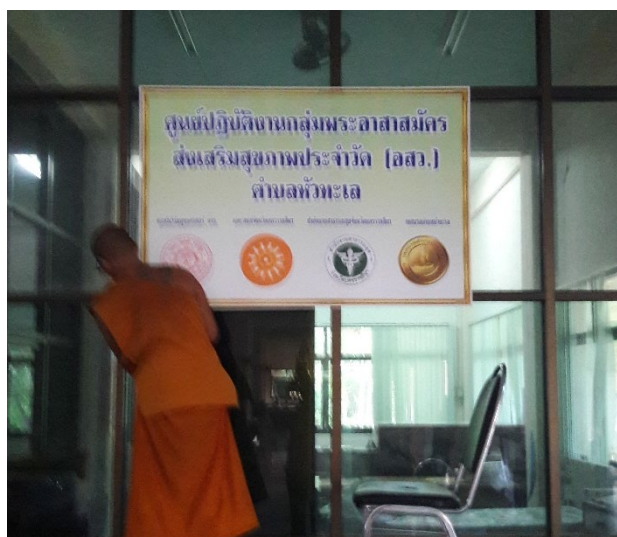
สรุปการอบรมพระ อสว. ทั้ง ๔ จังหวัด

- | | |
|----------------------|------------------|
| ๑. จังหวัดนครราชสีมา | จำนวน ๑๘๗ รูป/คน |
| ๒. จังหวัดสุรินทร์ | จำนวน ๘๙ รูป/คน |
| ๓. จังหวัดบุรีรัมย์ | จำนวน ๗๖ รูป/คน |
| ๔. จังหวัดชัยภูมิ | จำนวน ๖๒ รูป/คน |

รวม ๔๑๔ รูป/คน

เครือข่ายดูแลสุขภาพพระสงฆ์

คณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมาโดยเจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมาพระเทพสีมาภรณ์และใน
ฐานะเป็นผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตนครราชสีมาได้กำหนดความ
ร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์และวิทยาเขตนครราชสีมาจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการพระอาสาสมัครส่งเสริม
สุขภาพประจำวัด(อสว.) เป็นสถานที่รวบรวมข้อมูลและส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
พระสงฆ์ไว้ในวิทยาเขตนครราชสีมา^{๑๗}



ภาพที่ ๔.๙ ศูนย์ปฏิบัติการพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.)

^{๑๗} สัมภาษณ์ พระเมธีสุตาภรณ์ ปธ.๙ ผศ.ดร., เจ้าอาวาสวัดคีรีวันต์ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา,
๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓.

ส่งผลให้เกิดเครือข่ายนอกพื้นที่โดยมีคณะสงฆ์จากจังหวัดนครนายกได้เข้ามาเรียนรู้เกี่ยวกับการของบประมาณสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และนำพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.)พร้อมทั้งวิทยากรจากวิทยาเขตนครราชสีมาขยายผลสู่จังหวัดนครนายกเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมาจังหวัดนครนายก



ภาพที่ ๔.๑๐ เครือข่ายคณะสงฆ์จังหวัดนครนายก

๖. ธรรมนูญพระสงฆ์

คณะสงฆ์ระดับแกนนำสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา คณะอาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่ มจร.ขอนแก่น มีทุกหน่วยงานมารับการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์สู่รูปธรรมประสานพลัง “๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต.” และ “พลังบวร บ้าน วัด โรงเรียน” นำสถาบันสงฆ์กลับมาเป็นเสาหลักของสังคมไทย ตั้งเป้าในปีพื้นที่อีสานก่อนขยายสู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ หน่วยงานภาคีขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ร่วมกันจัดเวที “เปิดตัวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่พื้นที่” ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น

การแก้ไขปัญหาพระสงฆ์ที่อาพาธ การสร้างเสริมและป้องกันโรคพระสงฆ์ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (วัดส่งเสริมสุขภาพ) และการหนุนเสริมบทบาทสงฆ์ต่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนและสังคม นำองค์ความรู้สมุนไพรมะโหระทึกมาพัฒนาวัด รักษาทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ปลูกสมุนไพรรักษาโรค จัดเป็นแหล่งเรียนรู้ของพระสงฆ์และชุมชน นำความต้องการมากำหนดแผนงาน คัดเลือกวัดที่มีศักยภาพ พัฒนาวัดให้เป็นวัดต้นแบบ วัดสมุนไพรมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้และขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในเขตเทศบาลตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง

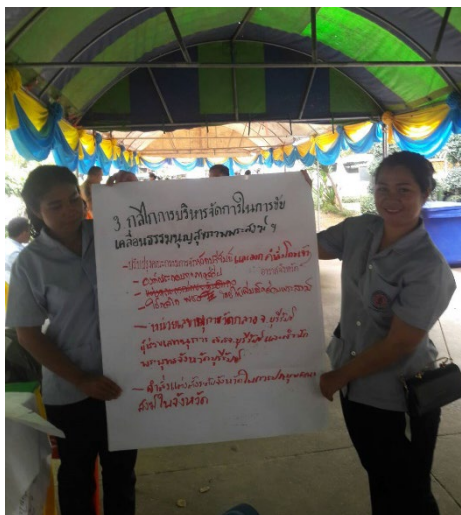
นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลจัดการสุขภาพตัวเอง ช่วยให้พระสงฆ์มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ฟังพาตนเองได้ตามหลักพระธรรมวินัยและบูรณาการกับหลักการแพทย์สมัยใหม่ในการลดเสี่ยง ลดโรค สามารถปกป้องตนเองและชุมชนจากโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

เจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา มอบหมายให้มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา จัดห้องให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) จัดทำฐานข้อมูลพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) เป็นกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ในระดับตำบล พร้อมกับส่งเสริมให้กลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ดำเนินการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลหรือตำบล เพื่อจัดกิจกรรมป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพพระในทุกตำบล ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งจังหวัด นครราชสีมา มีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) จำนวน ๑๘๗ รูป/คน และดำเนินการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลหรือตำบลได้เพิ่มขึ้น

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา สนับสนุนการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ สนับสนุนอาคารสถานที่ เอกสารดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่ายพระคิลาณุปัณฑกรหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ประสานให้เกิดขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในมิติต่างๆ เช่น การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ วัดสมุนไพร ความร่วมมือกับชุมชนถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ หน่วยงานภาครัฐจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น รวมถึงการรักษาธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในวัด

คณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมาภายใต้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายของคณะสงฆ์ภาค ๑๑ ได้จัดให้มีการประชุมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ที่วัดดอนขวางส่งผลให้มีการจัดกิจกรรมและการระดมความคิดของเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงานปัญหาความต้องการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและคณะสงฆ์นำไปสู่ความร่วมมือ ระหว่างองค์กรอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนการจัดกิจกรรมฟื้นฟูและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมา มีกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดระดับตำบลสามารถเขียนของงบประมาณและจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือระหว่างวัดกับหน่วยงานภาครัฐในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

การจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์และประชาชนทหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการเซ็น MOU สร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงการยอมรับรับทราบว่ากลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รัฐให้การสนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนสำคัญในการจัดกิจกรรมและดำเนินงานโดยคณะสงฆ์ ได้สั่งการเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานภาครัฐ



ภาพที่ ๔.๗ กิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ วัดดอนขวาง อําเภอเมืองนครราชสีมา

การสร้างความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและคณะสงฆ์ในการป้องกันลดปัญหาอาการป่วยแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงการพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดเป็นกระบวนการป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน ของพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นจากการดูแลตนเองจัดเก็บข้อมูลใช้ในวัดกรรมปฏิทินสุขภาพขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ตามกระบวนการ ที่แสดงในรูปประกอบอธิบาย



ภาพที่ ๔.๘ กระบวนขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์

๔.๒ สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

การสร้างเครือข่ายป้องกันและลด อากาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเองรองรับการลดงบประมาณภาครัฐ อาศัยพระสงฆ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นดูแลตนเองและดำเนินงานตามนโยบายของคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จัดทำฐานข้อมูลและ จัดกิจกรรมตามนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดนำไปสู่การสร้างความร่วมมือการสนับสนุนทุนงบประมาณและสร้างเครือข่ายนอกเครือข่ายโดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลหัวทะเลให้มีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มสถาบันทางการศึกษาโรงเรียนประถมในพื้นที่เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงหากมีการป่วยจากโรค covid-๑๙ จะทำให้พระสงฆ์ เขาไม่ต้องให้เสียชีวิตได้เร็วกว่าพระสงฆ์ปกติหรือประชาชนทั่วไป การสนับสนุนงบประมาณโครงการของเทศบาลหัวทะเลและการร่วมมือของโรงเรียนบ้านพะไลเครือข่ายใหม่ในพื้นที่ได้เข้ามามีกิจกรรมและสนับสนุน งานคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการดูแลและป้องกันป่วยแทรกซ้อนจากโรค โควิด ๑๙ และยังเป็นส่วนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้พระสงฆ์ได้ดูแลตนเองในอนาคต

๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เริ่มจากปรับความคิดของพระสงฆ์จากที่คอยพึ่งพิง ระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเอง ด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย “สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ” โดยอาจทำใน รูปการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆมา ร่วมกันกำหนดเป็น แผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น จัดทีมเยี่ยมวัด ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกาการดูแลพระผู้ป่วยต่อเนื่องที่วัด (Temple Health Care เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้พระสงฆ์ได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอ กระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น^{๑๘}

๒. องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล

องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล/อบต ประกาศให้หน่วยงานรัฐ องค์กร กลุ่มในพื้นที่ให้บริการร่วมจัดทำ

^{๑๘}สัมภาษณ์ นางสาวกรรณิภา ภาณุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลตำบลหัวทะเล, ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓.

แผนงานดูแลสุขภาพประจำปีงบประมาณ ประเภทกิจกรรม ๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่/๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของศูนย์เด็กเล็ก และศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ/๔. ค่าใช้จ่ายในการบริหาร/๕. โรคระบาดหรือภัยพิบัติ ภายใต้การจัดประชุมวางแผนงาน ประชุมจัดสรรงบประมาณตามแผนงานสุขภาพชุมชนท้องถิ่น พระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะอำเภอโชคชัยและอำเภอเมืองได้มีการจัดตั้งกลุ่ม พระ อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดและนำเสนอแผนงานสุขภาพ ต่อเทศบาล อบตภายใต้กองทุนประจำตำบล และเขียนขอ งบประมาณ ในรูปแบบของกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานที่พระสงฆ์ต้องการ โดยเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนและนำเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทุกตำบล^{๑๙}

๓. โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะ ประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของ ๔ หัวใจหลักที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือ “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชน มีสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง” ดังนี้ หัวใจดวงที่ ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมี ความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับ การเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่างกันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มี สัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ ประชาชนมีความไว้วางใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึงการใช้บริการ อย่างเท่าเทียมกัน มีแผนปฏิบัติการที่ดีที่จะส่งผลให้การ ดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวงฯ งบประมาณ ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียง และมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่าย ต่างๆ มาร่วมดำเนินการ สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ^{๒๐}

๔. คณะสงฆ์/วัด

ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนักสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิดแนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น

นโยบายสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา กับภาครัฐจังหวัดนครราชสีมา ลักษณะความร่วมมือเพื่อให้พระสงฆ์เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ดำเนินโครงต้นแบบ เช่น

^{๑๙} สัมภาษณ์ นางวนิษา พรสันเทียะ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลด่านเกวียน, ๔ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^{๒๐} สัมภาษณ์ นายประเสริฐ เทพทะเล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน, ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓.

โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ จัดให้พระสงฆ์ได้มีแกนนำพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดร่วมดำเนินการกับโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกครั้งถ้าแกนนำสุขภาพอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดได้ร่วมงานกับ หน่วยงานเครือข่ายได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา และเครือข่าย เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธรวมทั้งขับเคลื่อนมิติดส่งเสริมสุขภาพพัฒนาวัดให้เป็นสถานที่รองรับการจัดกิจกรรมเชิงดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชน

วัดบริหารจัดการวัดให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สะอาด ร่มรื่น เชิญชวนประชาร่วมพัฒนาอาคารสถานที่ ร่วมพัฒนางานพุทธศิลป์ จัดกิจกรรมร่วมจิต(วิญญาน)การปฏิบัติธรรม โดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์ พัฒนาตนเอง / ฟังตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้มีพระภิกษุแกนนำเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพกับองค์กรชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จัดทำโครงการเสนอกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ส่งเสริมและสนับสนุนการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ แผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบโล่ประกาศเกียรติคุณแต่่วัดส่งเสริม สุขภาพดีเด่นและถ่ายทอดนวัตกรรมการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพะ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ และด้านการวิจัยสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา เป็นแกนนำมีผลงานวิจัยและแนวทางการเขียนโครงการสนับสนุน เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ^{๒๑}

๕. อสว.

นำจัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบโล่ประกาศเกียรติคุณแต่่วัดส่งเสริม สุขภาพดีเด่นและถ่ายทอดนวัตกรรมการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพะ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ และด้านการวิจัยสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา เป็นแกนนำมีผลงานวิจัยและแนวทางการเขียนโครงการสนับสนุน เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ

“โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน รูปแบบและวิธีการที่ชัดเจน เน้นพระสงฆ์พึ่งพาตนเอง พร้อมตระหนักถึงภารกิจของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.)ทำงานเพื่อพัฒนาตนเอง สงเคราะห์ผู้อื่น ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ในการพัฒนางานดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน ยกพระให้เป็นที่พึ่ง แบบอย่างการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการใช้ยา ฉันทยาลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน ตอบโจทย์ร่วมสมัย บนเส้นทางของการสร้างสุขภาพพร้อมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคห้ำหุ้มมากที่สุด”^{๒๒}

^{๒๑}สัมภาษณ์ พระปลัดวีระชัย ธมมจิตโต, ดร. รักษาการเจ้าอาวาสวัดป่าหิมพานต์ (โนนม่วง), ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓.

^{๒๒}สัมภาษณ์ พระประเสริฐ ปญญาโร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.), ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓.

๖. อสม.

การติดตามเข้าไปในวัดที่พระสงฆ์ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่ รพ.สต.ได้โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม.เป็นผู้ช่วยในการคัดกรอง โดยอาจจะใช้วิธีการนัดหมายกลุ่มเสี่ยง เพื่อทำการการเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ก่อนที่จะส่งตัวผู้ป่วยออกมาทำการรักษาต่อไป จะต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ อสม.เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อย แตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม.จะต้องผ่านการอบรมในการวัดความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการอบรมแล้ว อสม.จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ด้วยตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัดความดัน เจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจ รพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อย แตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม.จะต้องผ่านการอบรมในการวัดความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการอบรมแล้ว อสม. จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ด้วยตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัดความดัน เจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจ

การอบรมและพัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและทีม อสม.โดยจัดให้มีการเข้าร่วมประชุมดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาล รวมไปถึงการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาอสมช.(อาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญ) ให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะใช้เพียง ๒ ปี และในการประชุมเชิงปฏิบัติการการฝึกทักษะการตรวจเท้า การตรวจฟัน การตรวจคัดกรอง อัมพฤกษ์แก่ผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง และจัดทำแนวทางคัดกรองสุขภาพให้แก่ อสม. แล้วก็จะได้รับประกาศนียบัตรอบรม^{๒๓}

๗. มจร.

คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขต นครราชสีมา คณะสงฆ์ระดับแกนนำสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่ มจร.ขอนแก่น มีทุกหน่วยงานมารับการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์สู่รูปธรรม ประสานพลัง “๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต.” และ “พลังบวร บ้าน วัด โรงเรียน” นำสถาบันสงฆ์กลับมาเป็นเสาหลักของสังคมไทย ตั้งเป้าในปีที่พื้นที่อีสานก่อนขยายสู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ หน่วยงานภาคีขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ร่วมกันจัดเวที “เปิดตัวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่พื้นที่” ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น

^{๒๓} สัมภาษณ์ นายทวิช วัน แวนนา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), หมู่ ๖ ต.ด่านเกวียน, ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓.

การแก้ไขปัญหาพระสงฆ์ที่อาพาธ การสร้างเสริมและป้องกันโรคพระสงฆ์ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (วัดส่งเสริมสุขภาพ) และการหนุนเสริมบทบาทของสงฆ์ต่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนและสังคม นำองค์ความรู้สมุนไพรในพระไตรปิฎกมาพัฒนาวัด รักษาทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ปลูกสมุนไพร จัดเป็นแหล่งเรียนรู้ของพระสงฆ์และชุมชน นำความต้องการมากำหนดแผนงาน คัดเลือกวัดที่มีศักยภาพ พัฒนาวัดให้เป็นวัดต้นแบบ วัดสมุนไพรส่งเสริมการเรียนรู้และขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

เจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา มอบหมายให้มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา จัดห้องให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) จัดทำฐานข้อมูลพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) เป็นกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในระดับตำบล พร้อมกับส่งเสริมให้กลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ดำเนินการของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลหรือตำบล เพื่อจัดกิจกรรมป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพพระในทุกระดับ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งจังหวัด นครราชสีมา มีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) จำนวน ๑๘๗ รูป/คน และดำเนินการของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลหรือตำบลได้เพิ่มขึ้น

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา สนับสนุนการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ สนับสนุนอาคารสถานที่ เอกสารดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐากหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ประสานให้เกิดขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในมิติต่างๆ เช่น การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ วัดสมุนไพร ความร่วมมือกับชุมชนถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ หน่วยงานภาครัฐจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น รวมถึงการรักษาธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในวัด

การจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์และประชาชนหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการเช่น MOU สร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงการยอมรับรับทราบว่ากลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รัฐให้การสนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนสำคัญในการจัดกิจกรรมและดำเนินงานโดยคณะสงฆ์ ได้สั่งการเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานภาครัฐ^{๒๔}

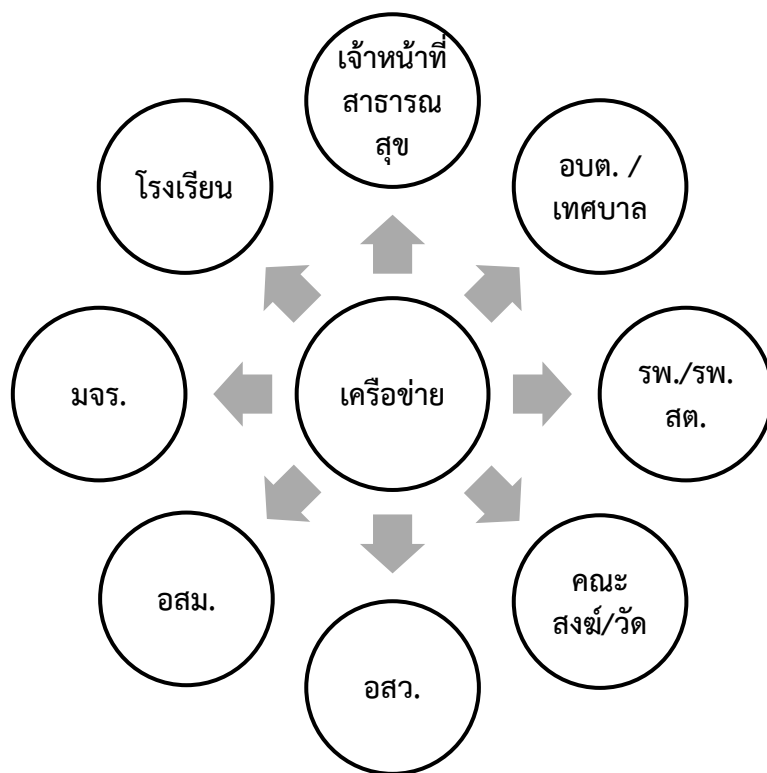
๘. โรงเรียน

การสร้างเครือข่ายป้องกันและลด อาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเองรองรับภาระลดประมาณภาครัฐ อาศัยพระสงฆ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นดูแลตนเองและดำเนินงานตามนโยบายของคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จัดทำฐานข้อมูลและ จัดกิจกรรมตามนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดนำไปสู่การสร้างร่วมมือการ

^{๒๔} สัมภาษณ์ พระเมธีสุตถาภรณ์ ปธ.๙ ผศ.ดร., เจ้าอาวาสวัดคีรีวันต์ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา, ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓.

สนับสนุนทุนงบประมาณและสร้างเครือข่ายนอกเครือข่ายโดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลหัวทะเลมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มสถาบันทางการศึกษาโรงเรียนประถมในพื้นที่เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงหากมีการป่วยจากโรค covid-๑๙ จะทำให้พระสงฆ์ เขาไม่ต้องให้เสียชีวิตได้เร็วกว่าพระสงฆ์ปกติหรือประชาชนทั่วไปการสนับสนุนงบประมาณโครงการของเทศบาลหัวทะเลและการร่วมมือของโรงเรียนบ้านพะไลและโรงเรียนบ้านด่านเกวียน เครือข่ายใหม่ในพื้นที่ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมและสนับสนุน งานคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการดูแลและป้องกันป่วยแทรกซ้อนจากโรค โควิด ๑๙ และยังเป็นส่วนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้พระสงฆ์ได้ดูแลตนเองในอนาคต

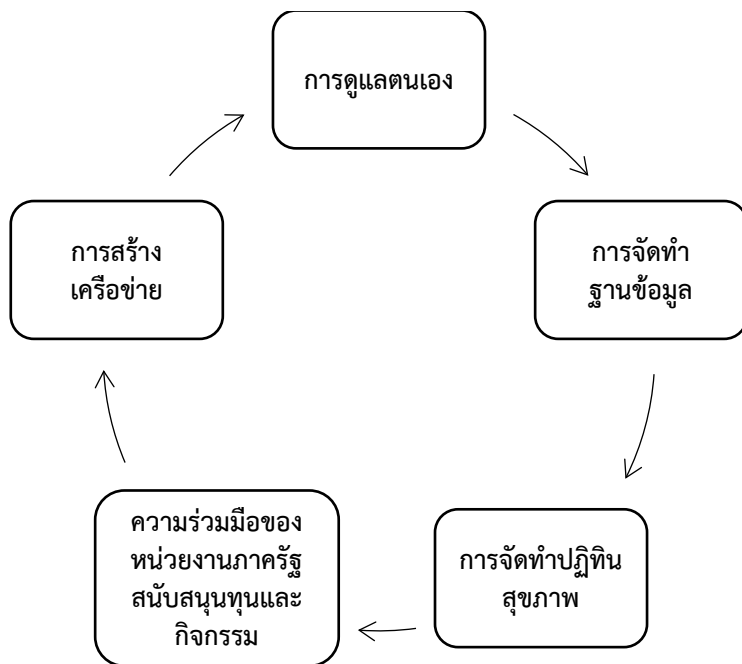
เครือข่ายทั้ง ๘ เครือข่าย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเครือข่ายที่เข้ามาดูแลและร่วมกิจกรรม ดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาลให้การสนับสนุนงบประมาณโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การรักษาและวินิจฉัยโรคของพระสงฆ์คณะสงฆ์และวัดจัดทำนโยบายและพัฒนาพื้นที่วัดให้รองรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และดูแลสุขภาพประชาชนพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด พัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถดูแลพระสงฆ์อาพาธ อสม.เป็นเครือข่ายเข้ามาดูแลและร่วมจัดกิจกรรมมจร.จัดการเชิงองค์ความรู้พัฒนาองค์ความรู้ขยายผลสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนกิจกรรมบูรณาการร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาของพระสงฆ์กับการบริการวิชาการสู่สังคมโรงเรียนบ้านพะไลเข้าร่วมสนับสนุนสร้างนวัตกรรมหน้ากากป้องกันโรค covid-๑๙ ถวายพระสงฆ์และแจกชุมชนโรงเรียนบ้านด่านเกวียนพัฒนาสวนสมุนไพรและร่วมสร้างต้นแบบ การพัฒนาวัดบ้านด่านเกวียนให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน



ภาพที่ ๔.๙ เครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

๔.๓ องค์ความรู้จากการวิจัย

ผลจากการศึกษาการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและคณะสงฆ์ในการป้องกันลดปัญหาอาการป่วยแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงการพัฒนากระบวนการป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย ทำให้เกิดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงโดยพระสงฆ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงจะต้องเริ่มต้นดูแลรักษาและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองเพื่อนำข้อมูลไปแจ้งอาการป่วยแต่หมอหรือพยาบาล ให้ได้รับทราบรวมถึงมีการจัดทำฐานข้อมูลการป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงอาการป่วยอื่นๆของพระสงฆ์ไว้ประจำวัดเพื่อให้หน่วยงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้นำฐานข้อมูลมาใช้ปฏิบัติการจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดกรรมในเชิงพื้นที่มีการจัดทำปฏิทินสุขภาพปฏิทินยาเพื่อให้พระสงฆ์ได้ออกกำลังกายตามพระธรรมวินัยเพื่อดูแลสุขภาพรวมถึงการจัดทำปฏิทินยาเพื่อให้พระสงฆ์ได้สัจญญาครบถูกต้องตามคำแนะนำ ของแพทย์ การสร้างร่วมมือยังก่อให้เกิดการจัดกิจกรรมการทำแผนงานเพื่อขอรับการสนับสนุนจากเทศบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมป้องกันโรคตามแพทย์แนะนำ ส่งผลต่อการสร้างเครือข่ายทั้งระดับตำบลระดับอำเภอถึงระดับจังหวัดรวมถึงขยายผลไปยังจังหวัดอื่นๆได้แก่จังหวัดชัยภูมิจังหวัดบุรีรัมย์จังหวัดสุรินทร์และจังหวัดนครนายกที่เข้ามาศึกษาดูงานและขอรับการสนับสนุนทางด้านวิทยากรไปขยายผลอย่างพื้นที่จังหวัดนครนายก เพื่อให้จังหวัดนครนายกและคณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดใกล้เคียงได้จัดกิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์มีการจัดประชุมระดับภาคที่วัดดอนขวางเพื่อระดมปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ผลจากการ ศึกษาพบว่าความรู้ที่สำคัญคือโมเดลป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนมีองค์ประกอบที่สำคัญ ๑ การดูแลตนเอง ๒ การจัดทำฐานข้อมูล ๓ การจัดทำปฏิทินสุขภาพ ๔ ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนทุนและกิจกรรม ๕ การสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและเรียกเปลี่ยนกิจกรรมและสุดท้ายการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ



แผนภาพที่ ๔.๑ องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และสร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผลจากการศึกษาสรุปได้ตามขั้นตอนต่อไปนี้

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

๕.๑.๑ การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

๑. การดูแลตัวเอง พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีแนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ด้วยการเรียนรู้สร้างความเข้าใจเพื่อปรับพฤติกรรม รับประทานอาหาร และภาวะแทรกซ้อนโดยการศึกษาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การกินอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ อาการที่พบเมื่อเป็นเบาหวานพระสงฆ์บางรูปไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปมีอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อยๆ มีแผลที่เท้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่ระบุว่าเบาหวานจากการไปพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยอื่นๆ และตรวจพบค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การรับรู้ของพระสงฆ์สอดคล้องกับการเรียนรู้ตามหลักหลักพระพุทธศาสนา รู้ทุกข์ เข้าใจทุกข์ ค้นหาต้นเหตุแห่งทุกข์ โรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ขาดสติยับยั้ง การเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและอาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตามหลักการของแพทย์สมัยใหม่สอดคล้องกับหลักการของพระพุทธศาสนาคือการทำความเข้าใจกับทุกสภาพทุกสภาพปัญหาของอาการโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อไป

๒. การจัดทำฐานข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูลดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นการแก้ไขปัญหามาจากการปกปิดข้อมูลรักษาสีห์ผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาคำเนินการรวบรวมข้อมูล พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานอื่น ๆ ในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปฏิบัติการและแก้ปัญหาจั้งการหาภาพของพระสงฆ์ควบคู่กับการปฏิบัติการลดปัญหาพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ตลอดจนการจัด

สิ่งแวดล้อมในวัดเอื้อต่อสุขภาพและความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ส่งผลให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข

๓. ปฏิทินสุขภาพพระสุขภาพดี พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ตำบลหัวทะเลขอนแก่นพระสงฆ์ประพฤติวัดปฏิบัติกรพระสุขภาพดี ปรับพฤติกรรมตนเองลดอาการป่วยแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบัน คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจเจกขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัช และใช้โยนิโสมนสิการเพื่อเป็นปีแห่งพระสุขภาพที่ดี ด้วยการจัดปฏิทินพระสุขภาพดี ตั้งเป้าหมาย วางแผนกิจกรรมในแต่ละวัน ทั้งการฉันอาหาร และออกกำลังกายตามพระธรรมวินัย ลงมือปฏิบัติแต่ละวันให้เกิดความต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ พระสุขภาพดี ลดน้ำตาล ลดความดันโลหิตสูง ลดอาการป่วย ปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรค

๔. ความร่วมมือ การศึกษาการสร้างความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา กำหนดประเด็นความร่วมมือ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ร่วมริเริ่ม ๒. ร่วมคิดวางวิสัยทัศน์ กำหนดทิศทาง ๓. ร่วมปฏิบัติตามแนวทาง ๔. ร่วมประเมิน ๕. ร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการทำงาน เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนักสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิดแนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น

๕. เครือข่าย พระสงฆ์ผู้เชื่อมโยงเครือข่าย คือ พระกลไกหลักประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เชื่อมต่อความร่วมมือระดับประเทศความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาอาศัยการขับเคลื่อนผ่านองค์กรภาครัฐที่ให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลสนับสนุนให้วัดพัฒนาขับเคลื่อนงานสุขภาพพระสงฆ์ เข้าประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช) อนุกรรมการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอแนวทางประยุกต์หลักพระสงฆ์นักพัฒนากับการพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ “บันได ๗ ขั้นเพื่อการพัฒนา ดังนี้ ขั้นที่ ๑ ค้นหาทุนทางสังคม เรียนรู้ศึกษาชุมชน ขั้นที่ ๒ ถอดองค์ความรู้และถอดบทเรียนที่ได้ศึกษามา ขั้นที่ ๓ ในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปลูกจิตสำนึกต่อการเปลี่ยนแปลงชุมชนตนเอง ขั้นที่ ๔ ก็พยายามพัฒนาปรับปรุงและสร้างความภูมิใจในชุมชนโดยการเสริมแรงสนับสนุนที่เข้มแข็ง เมื่อเกิดพลัง และความสุขในการมองชุมชน ขั้นที่ ๕ คือการพยายามหาทางออกและแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง เมื่อเห็นว่าการทำงานได้ผลในระดับหนึ่งควรเป็นแบบอย่างต่อการเรียนรู้ในชุมชนอื่นๆ ขั้นที่ ๖ คือ ขยายผลสู่ชุมชนอื่น เพื่อเป็นแบบอย่าง ขั้นที่ ๗ นำความรู้เหล่านั้น ไปสู่เวทีสาธารณะ และสร้างวิทยากรในชุมชน มีห้องปฐมพยาบาลและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ

๖. ธรรมนูญพระสงฆ์ คณะสงฆ์ระดับแกนนำสุขภาพ คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในเขตเทศบาลตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลจัดการสุขภาพตัวเอง ช่วยให้พระสงฆ์มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ฟังพาตนเองได้ตามหลักพระธรรมวินัยและบูรณาการกับหลักการแพทย์สมัยใหม่ในการลดเสี่ยง ลดโรค สามารถปกป้องตนเองและชุมชนจากโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ คณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมาภายใต้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายของคณะสงฆ์ภาค ๑๑ ได้จัดให้มีการประชุมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ที่วัดดอนขวางส่งผลให้มีการจัดกิจกรรมและการระดมความคิดของเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงานปัญหาความต้องการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและคณะสงฆ์นำไปสู่ความร่วมมือ ระหว่างองค์กรอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสนับสนุนการจัดกิจกรรมฟื้นฟูและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมามีกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดระดับตำบลสามารถเขียนของบประมาณและจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือระหว่างวัดกับหน่วยงานภาครัฐในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

๕.๒.๒ สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เริ่มจากปรับความคิดของพระสงฆ์จากที่คอยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเอง ด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่ จะเจ็บป่วย สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยอาจทำใน รูปการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆมา ร่วมกันกำหนดเป็น แผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น จัดทีมเยี่ยมวัด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลพระผู้ป่วยต่อเนื่องที่วัด (Temple Health Care) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้พระสงฆ์ได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

๒. องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล/อบต ประกาศให้หน่วยงานรัฐ องค์กร กลุ่มในพื้นที่ให้บริการร่วมจัดทำแผนงานดูแลสุขภาพประจำปีงบประมาณ ประเภทกิจกรรม ๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่/๒. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือ

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของศูนย์เด็กเล็ก และศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ/๔. ค่าใช้จ่ายในการบริหาร/๕.โรคระบาดหรือภัยพิบัติ ภายใต้การจัดประชุมวางแผนงาน ประชุมจัดสรรงบประมาณตามแผนงานสุขภาพชุมชนท้องถิ่น พระสงฆ์ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะอำเภอโชคชัยและอำเภอเมืองได้มีการจัดตั้งกลุ่ม พระ อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดและนำเสนอแผนงานสุขภาพ ต่อเทศบาล อบตภายใต้กองทุนประจำตำบล และเขียนขอ งบประมาณ ในรูปแบบของกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานที่พระสงฆ์ต้องการ โดยเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนและนำเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทุกตำบล

๓. โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะ ประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของ ๔ หัวใจหลักที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายสุดท้ายคือ “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชน มีสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง” ดังนี้ หัวใจดวงที่ ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมี ความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับ การเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่าง กันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มี สัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึง การได้รับ บริการอย่างเท่าเทียมกัน มีแผนปฏิบัติการที่ดีที่จะส่งผลให้การ ดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวงฯ งบประมาณ ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียง และมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่าย ต่างๆ มาร่วมดำเนินการ สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ

๔. คณะสงฆ์/วัด ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนักสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิดแนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น นโยบายสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา กับภาครัฐจังหวัดนครราชสีมา ลักษณะความร่วมมือเพื่อให้พระสงฆ์เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ดำเนินโครงการต้นแบบ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ จัดให้พระสงฆ์ได้มีแกนนำพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดร่วมดำเนินการกับโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกครั้งถ้าแกนนำสุขภาพอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดได้ร่วมงานกับ หน่วยงานเครือข่ายได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่๕ จังหวัดนครราชสีมาสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา และเครือข่ายเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธรวมทั้ง

ขับเคลื่อนมิติวัดส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาวัดให้เป็นสถานที่รองรับการจัดกิจกรรมเชิงดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชน

๕. อสว. นำจัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบโล่ประกาศเกียรติคุณแก่วัดส่งเสริม สุขภาพดีเด่นและถ่ายทอดนวัตกรรมการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพะ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ และด้านการวิจัยสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา เป็นแกนนำมีผลงานวิจัยและแนวทางการเขียนโครงการสนับสนุน เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชนรูปแบบและวิธีการที่ชัดเจนเน้นพระสงฆ์พึ่งพาตนเอง พร้อมตระหนักถึงภารกิจของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.)ทำงานเพื่อพัฒนาตนเอง สงเคราะห์ผู้อื่น ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ในการพัฒนางานดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน ยกพระให้เป็นพี่เลี้ยง แบบอย่างการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการใช้ยา ฉันทยาลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน ตอบโจทย์ร่วมสมัยบนเส้นทางของการสร้างสุขภาพพร้อมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัดมากที่สุด

๖. อสม. การติดตามเข้าไปในวัดที่พระสงฆ์ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่ รพ.สต.ได้โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม.เป็นผู้ช่วยในการคัดกรอง โดยอาจจะใช้วิธีการนัดหมายกลุ่มเสี่ยง เพื่อทำการการเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ก่อนที่จะส่งตัวผู้ป่วยออกมาทำการรักษาต่อไป จะต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ อสม.เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อยแตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม.จะต้องผ่านการอบรมในการวัดความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการอบรมแล้ว อสม.จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัดความดัน เจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจ รพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อยแตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม.จะต้องผ่านการอบรมในการวัดความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการอบรมแล้ว อสม.จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัดความดัน เจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจ

๗. มจร. คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตนครราชสีมา คณะสงฆ์ระดับแกนนำสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่ มจร.ขอนแก่น มีทุกหน่วยงานมารับการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์สู่รูปธรรม ประสานพลัง “๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต.” และ “พลังบวร บ้าน วัด โรงเรียน” นำสถาบันสงฆ์กลับมาเป็นเสาหลักของสังคมไทย ตั้งเป้าในปีที่อีสานก่อนขยายสู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ หน่วยงานภาคีขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ร่วมกันจัดเวที “เปิดตัวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่พื้นที่” ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา สนับสนุนการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ สนับสนุนอาคารสถานที่ เอกสารดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่ายพระคิลา นุปฏิภาณหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ประสานให้เกิดขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในมิติต่างๆ เช่น การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ วัดสมุนไพรร่วมมือกับชุมชนถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ หน่วยงานภาครัฐจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น รวมถึงการรักษาธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในวัด การจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์และประชาชนหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการเซ็น MOU สร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงการยอมรับรับทราบว่ากลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รัฐให้การสนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนสำคัญในการจัดกิจกรรมและดำเนินงานโดยคณะสงฆ์ ได้สั่งการเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานภาครัฐ

๘. โรงเรียน การสร้างเครือข่ายป้องกันและลด อาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเองรองรับภาระลดประมาณภาครัฐ อาศัยพระสงฆ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นดูแลตนเองและดำเนินงานตามนโยบายของคณะสงฆ์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จัดทำฐานข้อมูลและ จัดกิจกรรมตามนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดนำไปสู่การสร้างความร่วมมือการสนับสนุนงบประมาณและสร้างเครือข่ายนอกเครือข่ายโดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลห้วยทะเลมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มสถาบันทางการศึกษาโรงเรียนประถมในพื้นที่เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงหากมีการป่วยจากโรค covid-๑๙ จะทำให้พระสงฆ์ เขาไม่ต้องให้เสียชีวิตได้เร็วกว่าพระสงฆ์ปกติหรือประชาชนทั่วไปการสนับสนุนงบประมาณโครงการของเทศบาลห้วยทะเลและการร่วมมือของโรงเรียนบ้านพะไล และโรงเรียนบ้านด่านเกวียน เครือข่ายใหม่ในพื้นที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและสนับสนุน งานคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการดูแลและป้องกันป่วยแทรกซ้อนจากโรค โควิด ๑๙ และยังเป็นส่วนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้พระสงฆ์ได้ดูแลตนเองในอนาคต

๕.๒ อภิปรายผล

๕.๒.๑ การสร้างต้นแบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

๑. การดูแลตัวเอง พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีแนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ด้วยการเรียนรู้สร้างความเข้าใจเพื่อปรับพฤติกรรม รับรู้ถึงอาการ และภาวะแทรกซ้อนโดยการศึกษาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการณ์

อาหาร การฉันทยา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ อาการที่พบเมื่อเป็นเบาหวานพระสงฆ์บางรูปไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปมีอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อยๆ มีแผลที่เท้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเบาหวานจากการไปพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยอื่นๆ และตรวจพบว่าค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การรับรู้ของพระสงฆ์สอดคล้องกับการเรียนรู้ตามหลักหลักพระพุทธศาสนา รู้ทุกข์ เข้าใจทุกข์ ค้นหาต้นเหตุแห่งทุกข์ โรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ขาดสติยับยั้ง การเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและอาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตามหลักการของแพทย์สมัยใหม่สอดคล้องกับหลักการของพระพุทธศาสนาคือการทำความเข้าใจกับทุกสภาพทุกสภาพปัญหาของอาการโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อ สอดคล้องกับ Pender (๑๙๙๖)^๑ กล่าวว่า การบรรลุถึงการใช้ ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและได้รับการพัฒนาบุคคลสามารถบรรลุภาวะนี้ได้จากปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันบุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาเสถียรภาพหรือความมั่นคง

๒. การจัดทำฐานข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูลดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นการแก้ไข ปัญหาจากการปกปิดข้อมูลรักษาสิทธิ์ผู้ป่วยทำให้การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ดำเนินการรวบรวมข้อมูล พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานอื่น ๆ ในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปฏิบัติการและแก้ปัญหาแจ้งการหา ภาพของพระสงฆ์ควบคู่กับการปฏิบัติการลดปัญหาพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมี ภาวะแทรกซ้อน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ตลอดจนการจัด สิ่งแวดล้อมในวัดเอื้อต่อสุขภาพและความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ส่งผลให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข สอดคล้องกับ สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา^๒ ได้วิจัยเรื่อง สุขภาวะ ชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์จากการสร้างเสริมสุขภาวะ สามารถบรรเทาความ ทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กร ท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่ออาวุธทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จาก การเรียนรู้ในการทำตัวชีวิต ข้อมูล แผนที่สุขภาพ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต. เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น

๓. ปฏิทินสุขภาพพระสุขภาพดี พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ตำบลห้วยทะเลขอนแก่นพระสงฆ์ประเพณีวัดปฏิบัติการพระสุขภาพดี ปรับพฤติกรรมตนเองลดอาการป่วยแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบัน คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจเจกขณะทั้ง ๔ อย่างคือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัช และใช้โยนิโส มนสิการเพื่อเป็นปีแห่งพระสุขภาพที่ดี ด้วยการจัดปฏิทินพระสุขภาพดี ตั้งเป้าหมาย วางแผน กิจกรรมในแต่ละวัน ทั้งการฉันทอาหาร และออกกำลังกายตามพระธรรมวินัย ลงมือปฏิบัติแต่ละวันให้ เกิดความต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ พระสุขภาพดี ลดน้ำตาล ลดความดันโลหิตสูง ลดอาการป่วย

^๑ Pender, N.J., *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd ed, (Connecticut : Appleton and Lange, 1996), p. 123.

^๒ สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา, “สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข” วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๕๕.

ปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขในปัจจุบันการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีที่จะทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้ กับตนเองและครอบครัวเครือข่ายทางสังคมในชุมชน การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิตสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคน ที่จะเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติให้สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่มากระทบการเรียนรู้ถึงการดำรงชีวิต ประจำวันในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ^๓

๔. ความร่วมมือ การศึกษาการสร้างความร่วมมือของภาครัฐ คณะสงฆ์ป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา กำหนดประเด็นความร่วมมือ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ร่วมริเริ่ม ๒. ร่วมคิดวางวิสัยทัศน์ กำหนดทิศทาง ๓. ร่วมปฏิบัติตามแนวทาง ๔. ร่วมประเมิน ๕. ร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการทำงาน เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนักสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิดแนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น สอดคล้องกับ สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา^๔ ได้วิจัยเรื่อง สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์จากการสร้างเสริมสุขภาวะ สามารถบรรเทาความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่ออวูธทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเรียนรู้ในการทำตัวชีวิต ข้อมูล แผนที่สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต. เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่บรรลุผลการพัฒนาสุขภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต้องมีระบบสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชน ท้องถิ่นขยายกิจกรรม จนนำไปสู่การลดหรือแก้ไขปัญหาทุกภาวะได้อย่างยั่งยืน

๕. เครือข่าย พระสงฆ์ผู้เชื่อมโยงเครือข่าย คือ พระกลไกลักประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เชื่อมต่อความร่วมมือระดับประเทศความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับคณะสงฆ์และวัดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาอาศัยการขับเคลื่อนผ่านองค์กรภาครัฐที่ให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทศบาลสนับสนุนให้วัดพัฒนาขับเคลื่อนงานสุขภาพพระสงฆ์ เข้าประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช) ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอแนวทางประยุกต์หลัก

^๓ สมจิต หนูเจริญกุล, การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินติ้ง, ๒๕๓๖), หน้า ๓๒.

^๔ สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา, “สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข” วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๕๕.

พระสงฆ์นักพัฒนากับการพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์“บันได ๗ ขั้นเพื่อการพัฒนา” ดังนี้ ขั้นที่ ๑ ค้นหาทุนทางสังคม เรียนรู้ศึกษาชุมชน ขั้นที่ ๒ ถอดองค์ความรู้และถอดบทเรียนที่ได้ศึกษามา ขั้นที่ ๓ ในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปลูกจิตสำนึกต่อการเปลี่ยนแปลงชุมชนตนเอง ขั้นที่ ๔ ก็พยายามพัฒนาปรับปรุงและสร้างความภูมิใจในชุมชนโดยการเสริมแรงสนับสนุนที่เข้มแข็ง เมื่อเกิดพลัง และความสุขในการมองชุมชน ขั้นที่ ๕ คือการพยายามหาทางออกและแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง เมื่อเห็นว่าการทำงานได้ผลในระดับหนึ่งควรเป็นแบบอย่างต่อการเรียนรู้ในชุมชนอื่นๆ ขั้นที่ ๖ คือ ขยายผลสู่ชุมชนอื่น เพื่อเป็นแบบอย่าง ขั้นที่ ๗ นำความรู้เหล่านั้น ไปสู่เวทีสาธารณะ และสร้างวิทยากรในชุมชน มีห้องปฐมพยาบาลและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาหาร สอดคล้องกับ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต^๔ ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์กรรวมตามหลักการพระพุทธศาสนา เข้ากับหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งนำสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการพัฒนา ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๖. ธรรมนูญพระสงฆ์ คณะสงฆ์ระดับแก่นนำสุขภาพ คณะจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในเขตเทศบาลตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลจัดการสุขภาพตัวเอง ช่วยให้พระสงฆ์มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน พึ่งพาตนเองได้ตามหลักพระธรรมวินัยและบูรณาการกับหลักการแพทย์สมัยใหม่ในการลดเสี่ยง ลดโรคสามารถปกป้องตนเองและชุมชนจากโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ คณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมาภายใต้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายของคณะสงฆ์ภาค ๑๑ ได้จัดให้มีการประชุมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ที่วัดดอนขวางส่งผลให้มีการจัดกิจกรรมและการระดมความคิดของเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงานปัญหาความต้องการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและคณะสงฆ์นำไปสู่ความร่วมมือ ระหว่างองค์กรอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสนับสนุนการจัดกิจกรรมฟื้นฟูและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมาที่มีกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดระดับตำบลสามารถเขียนของบประมาณและจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือระหว่างวัดกับหน่วยงานภาครัฐในการ

^๔พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”, รายงานการวิจัย, (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า บทคัดย่อ.

ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สอดคล้องกับ พระธรรมโมลี^๖ ได้วิจัยเรื่อง วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก” ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดตามหลักศาสนาในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ของชีวิต ในทางร่างกาย (กายิกสุข) และทางจิตใจ (เจตสิกสุข) โดยองค์ประกอบเหล่านี้แยกเป็น ๔ ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ศีล (สังคัมและสิ่งแวดล้อม) และปัญญา โดยการที่ชีวิตของมนุษย์จะเกิดความสุขได้นั้น มิติทั้ง ๔ ด้านนี้จะต้องประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน

๕.๕.๒ สร้างเครือข่ายป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๑. **เจ้าหน้าที่สาธารณสุข** เริ่มจากปรับความคิดของพระสงฆ์จากที่เคยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเอง ด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่ จะเจ็บป่วย สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยอาจทำใน รูปการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆ มา ร่วมกันกำหนดเป็น แผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น จัดทีมเยี่ยมวัด ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลพระผู้ป่วยต่อเนื่องที่วัด (Temple Health Care) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้พระสงฆ์ได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ ให้เกิดโรคขึ้นเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่ สูบบุหรี่ เป็นต้น การยอมรับพฤติกรรมการป้องกันโรค การที่บุคคลจะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ นั้น”

๒. **องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล** องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล/อบต ประกาศให้หน่วยงานรัฐ องค์กร กลุ่มในพื้นที่ให้บริการร่วมจัดทำแผนงานดูแลสุขภาพประจำปีงบประมาณ ประเภทกิจกรรม ๑.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่/๒.เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ๓. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการของศูนย์เด็กเล็ก และศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ/๔. ค่าใช้จ่ายในการบริหาร/๕.โรคระบาดหรือภัยพิบัติ ภายใต้การจัดประชุมวางแผนงาน ประชุมจัดสรร

^๖พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทโธ), “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

^๗ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, การส่งเสริมสุขภาพ : การปรับบทบาทใหม่ของสุขศึกษา, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล ขอนแก่น, ๒๕๓๘, (อัครา).

งบประมาณตามแผนงานสุขภาพชุมชนท้องถิ่น พระสงฆ์ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะอำเภอ โขกชัยและอำเภอเมืองได้มีการจัดตั้งกลุ่ม พระ อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดและนำเสนอ แผนงานสุขภาพ ต่อเทศบาล อบตภายใต้กองทุนประจำตำบล และเขียนขอ งบประมาณ ในรูปแบบ ของกลุ่มพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานที่ พระสงฆ์ต้องการ โดยเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนและนำเสนอแผนงานต่อคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทุกตำบล สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา^๔ ได้วิจัยเรื่อง สุขภาวะ ชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนกับ อบต. เริ่มจากการสร้างความ สนใจ ความตระหนัก และต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ชุมชนและอบต. เห็น ความสำคัญร่วมเป็นเจ้าของโครงการ อีกทั้งบรรจุข้อบัญญัติงบประมาณ เพื่อดำเนินงาน

๓. โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล การดำเนินงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะ ประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของ ๔ หัวใจหลักที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายสุดท้ายคือ “การส่งเสริม สุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชน มีสุขภาวะที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง” ดังนี้ หัวใจดวงที่ ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมี ความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะ เป็น บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับ การเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากร นี้ ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่าง กันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุม ทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มี สัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึง การได้รับ บริการอย่างเท่าเทียมกัน มี แผนปฏิบัติการที่ดีที่จะส่งผลให้การ ดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและ กระทรวงฯ งบประมาณ ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียง และมีการบริหารจัดการที่ ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่าย ต่างๆ มาร่วมดำเนินการ สถานที่ควรมีบรรยากาศที่ เอื้ออำนวยให้ ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ สอดคล้องกับ วิฑูร แสง ลิงแก้ว^๕ กล่าวว่า ระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับ สถานบริการทุกระดับรวมทั้ง แหล่งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยเรียนรู้ ในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ต้องกลับเข้า โรงพยาบาลบ่อยๆ

๔. คณะสงฆ์/วัด ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับคณะสงฆ์แกนนำเพื่อให้ พระสงฆ์ เจ็บป่วยแล้วจะได้รับการดูแลและใช้สิทธิรักษาพยาบาล หน่วยงานภาครัฐตระหนัก สถานการณ์พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เกิด แนวคิดสนับสนุนพระสงฆ์ไทยหากไกลโรค ต่อมาเกิดเป็นความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาค ประชาชน คณะสงฆ์จัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ส่งผลให้เกิดความริเริ่มความร่วมมือ ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านต่างๆ มากขึ้น นโยบายสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์จังหวัด นครราชสีมา กับภาครัฐจังหวัดนครราชสีมา ลักษณะความร่วมมือเพื่อให้พระสงฆ์เป็นแกนนำสุขภาพ

^๔สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา, “สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข” วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๕๕.

^๕ วิฑูร แสงสิงแก้ว, การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ, ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๓๘), หน้า ๒๑-๒๗.

ชุมชน ดำเนินโครงการต้นแบบ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ จัดให้พระสงฆ์ได้มีแกนนำพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดร่วมดำเนินการกับโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกครั้งถ้าแกนนำสุขภาพอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดได้ร่วมงานกับ หน่วยงานเครือข่ายได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดนครราชสีมาสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา และเครือข่ายเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจัดกิจกรรมดูแลพระสงฆ์อาพาธรวมทั้งขับเคลื่อนมิติดังส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาวัดให้เป็นสถานที่รองรับการจัดกิจกรรมเชิงดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และประชาชน พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต^{๑๐} ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัด ขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาล ไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ

๕. อสว. นำจัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบโล่ประกาศเกียรติคุณ แต่วัดส่งเสริม สุขภาพดีเด่นและถ่ายทอดนวัตกรรมการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพะ จัดทำระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพพระสงฆ์ และด้านการวิจัยสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา เป็นแกนนำมีผลงานวิจัยและแนวทางการเขียนโครงการสนับสนุน เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ โครงการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์แกนนำ จัดอบรมพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ให้สามารถเป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และชุมชน รูปแบบและวิธีการที่ชัดเจนเน้นพระสงฆ์พึ่งพาตนเอง พร้อมตระหนักถึงภารกิจของพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.)ทำงานเพื่อพัฒนาตนเอง สงเคราะห์ผู้อื่น ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ในการพัฒนางานดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน ยกพระให้เป็นพี่เลี้ยง แบบอย่างการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการใช้ยา ฉันทยาลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน ตอบโจทย์ร่วมสมัยบนเส้นทางของการสร้างสุขภาวะพร้อมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคห้ำหั่นมากที่สุด

๖. อสม. การติดตามเข้าไปในวัดที่พระสงฆ์ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่ รพ.สต. ได้โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม.เป็นผู้ช่วยในการคัดกรอง โดยอาจจะใช้วิธีการนัดหมายกลุ่มเสี่ยง เพื่อทำการเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ก่อนที่จะส่งตัวผู้ป่วยออกมาทำการรักษาต่อไป จะต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ อสม.เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นรพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อยแตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม.จะต้องผ่านการอบรมในการวัดความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการอบรมแล้ว อสม. จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากขึ้นเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัดความดันเจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจรพ.สต. หลายแห่งได้ทำการอบรมให้ อสม. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่

^{๑๐}พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัด ขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”, รายงานการวิจัย, (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗), หน้า บทคัดย่อ.

บ้าน โดยจะได้รับค่าตอบแทนมาน้อยแตกต่างกันไป แต่ทั้งนี้ อสม. จะจะต้องผ่านการอบรมในการวัด ความดันโลหิตสูง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเสียก่อน และเมื่อผ่านการ อบรมแล้ว อสม. จะต้องรายงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งก็คือการประเมินอาการของผู้ป่วยในสายตาของอสม. เอง ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้ด้วยตัวเองหรือไม่ มีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด ไม่ได้หมายถึงให้ไปวัด ความดัน เจาะปลายนิ้วทุกครั้งอย่างที่เข้าใจ

๗. มจร. คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยา เขตนครราชสีมา คณะสงฆ์ระดับแกนนำสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา เข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่ มจร. ขอนแก่น มีทุกหน่วยงานมารับการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์สู่ รูปธรรม ประสานพลัง “๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต.” และ “พลังบวร บ้าน วัด โรงเรียน” นำ สถาบันสงฆ์กลับมาเป็นเสาหลักของสังคมไทย ตั้งเป้าในปีนี้เป็นพื้นที่อีสานก่อนขยายสู่ทุกจังหวัดทั่ว ประเทศ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ หน่วยงานภาคีขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ร่วมกันจัดเวที “เปิดตัวการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่ พื้นที่” ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหา จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา สนับสนุนการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ สนับสนุนอาคารสถานที่ เอกสารดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่ายพระคิลา นุปฏิฐากหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด(อสว.) ประสานให้เกิดขับเคลื่อนธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในมิติต่างๆ เช่น การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ วัดสมุนไพโร ความร่วมมือ กับชุมชนถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ หน่วยงานภาครัฐจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็น ต้น รวมถึงการรักษาธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในวัด การจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือดูแลสุขภาพ พระสงฆ์และประชาชนหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา มีการ ดำเนินการเซ็น MOU สร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการ ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงการยอมรับรับทราบว่ากลุ่มพระอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของ งานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รัฐให้การสนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างการจัดกิจกรรมดูแล สุขภาพพระสงฆ์จึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนสำคัญในการจัดกิจกรรมและดำเนินงานโดยคณะ สงฆ์ ได้สั่งการเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับ หน่วยงานภาครัฐ

๘. โรงเรียน การสร้างเครือข่ายป้องกันและลด อาการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วย โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเองรองรับภาวะลดประมาณภาครัฐ อาศัยพระสงฆ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเริ่มต้นดูแลตนเองและดำเนินงานตามนโยบายของคณะสงฆ์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์จัดทำฐานข้อมูลและ จัดกิจกรรมตามนวัตกรรม สุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดนำไปสู่การสร้าง ความร่วมมือการสนับสนุนทุนงบประมาณและสร้างเครือข่ายนอกเครือข่ายโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ เทศบาลห้วยทะเลมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มสถาบันทางการศึกษาโรงเรียนประถมในพื้นที่เพื่อให้ เข้ามามีส่วนร่วมจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเบาหวานโรคความดัน โลหิตสูงหากมีการป่วยจากโรค covid-๑๙ จะทำให้พระสงฆ์ เขาไม่ต้องให้เสียชีวิตได้เร็วกว่าพระสงฆ์ ปกติหรือประชาชนทั่วไปการสนับสนุนงบประมาณโครงการของเทศบาลห้วยทะเลและการร่วมมือของ

โรงเรียนบ้านพะไล และโรงเรียนบ้านด่านเกวียน เครือข่ายใหม่ในพื้นที่ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมและสนับสนุน งานคณะสงฆ์เพื่อให้เกิดการดูแลและป้องกันป่วยแทรกซ้อนจากโรค โควิด ๑๙ และยังเป็นส่วนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้พระสงฆ์ได้ดูแลตนเองในอนาคต สอดคล้องกับ ปณณธร ชัชวรัตน์ กล่าวว่า พระภิกษุเป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง พระภิกษุยังต้องนำพุทธวิธีต่างๆ ของพระพุทธศาสนามาใช้ในการบริหาร การอำนวยการ การประชาสัมพันธ์ การเผยแผ่ พระพุทธศาสนาเพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหา บ้าน วัด โรงเรียน เป็นผู้ให้ด้วยศิลปะในการให้การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีการใช้หลักธรรม (สังคหวัตถุ ๔) เพื่อครองใจคนการประสานสามัคคีในหมู่ชนเพื่อให้เกิดความรักความสามัคคีกันพระภิกษุ จะต้องสามารถครองตน ครองคน ครองงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{๑๑}

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๕.๓.๑.๑ ควรมีส่งเสริมงบประมาณดูแลพระสงฆ์อาพาธภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล

๕.๓.๑.๒ ควรมีการจัดประชุมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ โดยคณะสงฆ์จังหวัด นครราชสีมาภายใต้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายของคณะสงฆ์ภาค ๑๑

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๕.๓.๒.๑ ควรศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๕.๓.๒.๒ ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

^{๑๑} ปณณธร ชัชวรัตน์, “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา”, รายงานการวิจัย, (พะเยา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา, ๒๕๕๓), หน้า ๔๓.

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย :

ก. ข้อมูลปฐมภูมิ

(๑) พระไตรปิฎก :

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

ข. ข้อมูลทุติยภูมิ

(๑) หนังสือ :

เกื้อ วงศ์บุญสิน. ประชากรกับการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐.

ขวัญนภา สุขคร. ความหมายของการวิจัย. ลำปาง: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ศูนย์ลำปาง,
๒๕๕๔.

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. นนทบุรี: บริษัทธนาเพรส
จำกัด, ๒๕๔๘.

จำนง อติวัฒน์สิทธิ์. สังคมวิทยาตามแนวพุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐.

จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์. ประวัติ แนวความคิดทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๔๕.

ชัยรัตน์ เจริญสินโอสถ. วาทกรรมการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: วิชาษา, ๒๕๔๒.

จิตยา สุวรรณชฎ. “สังคมวิทยา” ในวิทยาศาสตร์สังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัยสถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๑๗.

ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพิพงษ์. การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ : ทฤษฎีและการประยุกต์.
กรุงเทพมหานคร: เสมอธรรม, ๒๕๔๐.

ทศนา แชมณี. ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

บุญชม ศรีสะอาด. วิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาสน์, ๒๕๔๗.

ประเวศ วะสี. การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และ
ความสุข. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ๒๕๔๘.

ปัทมาวดี กลีกรกรม. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมาย
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๑.

พระเทพวิสุทธิกวี พิจิตร ตวณโณ. **การพัฒนาจิต**. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓.

พระธรรมญาณมุนี วรณ มนุญโญ. **วัดช่วยชาวบ้านได้อย่างไร : การแสวงหาเส้นทาง การพัฒนาชนบทของพระสงฆ์ไทย**. กรุงเทพมหานคร: การประชุมพระสังฆาธิการ กรมการศาสนา, ๒๕๒๖.

พระพรหมคุณาภรณ์ ป. อ. ปยุตโต. **หลักแม่บทของการพัฒนาตน**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๕. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.

_____. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จันทร์เพ็ญจำกัด, ๒๕๕๐.

_____. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลศัพท์**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๗. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอส. อาร์.พรีนเตอร์แมสโปรดักส์จำกัด, ๒๕๕๔.

_____. **พุทธธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

_____. **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**. พิมพ์ครั้งที่ ๖ กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหพรีนติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง, ๒๕๕๑.

พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี. "ป่า : รักษาได้โดยไม่ต้องไล่คน" . **พลิกพื้นดินไทยให้เขียวขงุ่ม ทางเลือกใหม่ เพื่อการอนุรักษ์สภาพแวดล้อม**. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการศาสนาเพื่อการพัฒนา, ๒๕๓๖.

_____. **แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙.

พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ. **พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๔.

พระมหาชัยวัฒน์ อภิญาณจารี สิงห์โงน. **การศึกษาวิเคราะห์บทบาทของนางวิสาขามหาอุบาสิกาที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๑.

พระมหาสุทิตย์ อากาศโร. **เครือข่าย : ความรู้ การจัดการ**. กรุงเทพมหานคร: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, ๒๕๔๗.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. **หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพมหานคร: ส.ส.น.ไทยอนุเคราะห์ไทย, ๒๕๒๖.

เยาวดี วิบูลย์ศรี. **การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๖.

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒**. กรุงเทพมหานคร: นาน มีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ จำกัด, ๒๕๔๖.

ลลิตา ธีระศิริ. **บำบัดโรคด้วยแพทย์ทางเลือก**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรีดเดอร์ไดเจสท์ ประเทศไทย, ๒๕๔๔.

- วิชิต เปานิล. **พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๖.
- วิทยากร เชียงกุล. **การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมไทย : บทวิเคราะห์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ฉับไกร, ๒๕๒๗.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. **ทฤษฎีการประเมิน**. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๗.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. **รายงานวิจัยโครงการวิจัยรูปแบบของระบบการบริหารจัดการศึกษาแบบบูรณาการสำหรับเขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, ๒๕๔๘.
- ศุภลักษณ์ เศษระพานิช. **การนำเสนอรูปแบบการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จในโรงเรียนเอกชนประเภทสามัญศึกษา**. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, ๒๕๔๔.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. **การพัฒนาชุมชน**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๓.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สปรส. **สุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่สุขภาพทางปัญญา**. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์, ๒๕๔๖.
- สุเทพ เชาวลิต. **หลักการพัฒนาชุมชน**. ขอนแก่น: โอเดียนสโตร์, ๒๕๒๔.
- สุบรรณ พันธวิवास และชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. **ระเบียบวิธีเชิงปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, ๒๕๔๒.
- สุมิตร สุวรรณ. **รัฐกับแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๔.
- เสถียร พันธรังสี. **ศาสนาเปรียบเทียบ**. กรุงเทพมหานคร: แพร่พิทยา, ๒๕๔๔.
- อมร รักษาสัตย์และชัตติยา กรรณสูต. **ทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนาประเทศ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การขายและซื้อแห่งประเทศไทย, ๒๕๑๕.

(๒) บทความ :

- สมพันธ์ เตชะอธิก และ วินัย วงศ์อาสา. “สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข” **วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์**. ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๕๕.
- อุ้นเอื้อ สิงห์คำ. **กระบวนการและผลของการสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรร่วมวิถีพุทธ**. **วารสารสมาคมนักวิจัย**. ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๕๗.
- พระพรหมคุณาภรณ์ป.อ.ปยุตโต. “สุขภาวะองค์กรร่วมแนวพุทธ”. **พุทธจักร**. ปีที่ ๕๙ ฉบับที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๘. หน้า ๕-๑๐.

(๓) ดุษฎีนิพนธ์ :

- บุญส่ง หาญพานิช. “การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย”. **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๖.

ประเสริฐ จรรยาสุภาพ. “การพัฒนารูปแบบการกำหนดขนาดโรงเรียนที่เหมาะสมเชิงเศรษฐกิจของโรงเรียนมัธยมศึกษา”. **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๓.

ปรีชา กันธิยะ. “การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนที่พระมีส่วนร่วมในการสอนศีลธรรม”. **วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสยาม, ๒๕๕๑.

พระธรรมโมลี ทองอยู่ ญาณวิสุทโธ. “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

มารศรี กลางประพันธ์. “การพัฒนาคุณธรรมด้านความอดทน ชั้นดี ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี”. **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๘.

วราภรณ์ ผ่องสุวรรณ. “การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ร่วมกันด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้คอมพิวเตอร์สนับสนุนการเรียนรู้กัน เพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้เป็นทีมของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ สถาบันอุดมศึกษา”. **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๓.

วัลลภา จันทร์เพ็ญ. “การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาจริยธรรมของนักศึกษาข้างอุตสาหกรรมตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา”. **วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔.

สมุทรา ชำนาญ. “การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนที่บริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๔๖.

(๔) รายงานการวิจัย :

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”. **รายงานการวิจัย**. สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๗.

(๕) เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ :

องค์การบริหารส่วนตำบลบึงคำพร้อย. **แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕**. อัดสำเนา.

(๖) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ :

จิตรกร โพธิ์งาม, **ทฤษฎี และหลักการพัฒนาชุมชน**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา : <http://www.lecture.cs.buu.ac.th>, [๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘].

๒. ภาษาอังกฤษ :

- Constantino. Renato. "The Challenge of the Churches". **Paper presented during the First Gregorio Aplipay Lecture on Nationalism Manila Philippines.** May 18, 1984.
- Dube. S.C.. Modernization and Its Adaptive Demands on Indian Society in M.S. Gore. I.P. Desai and Suma Chitnis eds. **The Papers in Sociology of Education in Indian.** New Delhi: National Council of Educational Research and Training, 1967.
- Freire. P.. **Education : The Practice of Freedom.** London: Writers and Readers Publishing Cooperative, 1972.
- Good. C.V. **Dictionary of Education.** New York: McGraw-Hill, 1973.
- Joyce. B. and Weil. M.. **Model of Teaching.** New York: Prentice-Hall, 1996.
- Misra. R.P. and Jonjo. M. ed.. **The Changing Perspective of Development Problems In Misra.** Hong Kong: Maruzen Investment Hong Kong, 1981.
- More. Wilbert E.. **The Impact of Industry.** Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall, 1965.
- Myrdal. Gunnar. **Asian Drama.** London: Allen Lane. The Penguin Press. 1968.
- Nadler.L. **Designing Training Programs : The Critical Events Model.** Reading. Massachusetts: Addison Wesley, 1982.
- Raj. M.P. **Criteria for a Model for the Integration of Environment Education Into the School Curriculum of the Northern Province .** South Africa: Doctoral dissertation University of South Africa, 2002.
- Riggs. Fred W.. **Modernization and Political Problems: Some Developmental Prerequisites Development Nations : Guest for A Model Beling and Toten.** New York: Van Nostran Reinhold, 1970.
- Roger. Everette M. and Burdge Rabel J. **Social Change In Rural Societies.** New Jersey: Prentice – Hall, 1972.
- Steiner. E.Z. **Edocology.** Sydney: NSW, 1990.
- Tosi. H.L. and Carroll. S.J.. **Management.** New York: John Wiley & Sons, 1982.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย



แบบสัมภาษณ์ (Interview Guide)

สร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงแบบ
พึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

คำชี้แจง : ขอความกรุณาให้ตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงตามหัวข้อความที่ผู้สัมภาษณ์ได้
สอบถามซึ่งข้อมูลที่ได้จะแปลผลเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อท่านเป็น
รายบุคคลแต่ประการใด

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งออกเป็น ๓ ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ การสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความ
ดันโลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑) ชื่อ.....

๒) ตำแหน่ง.....

๓) ที่อยู่.....

.....
.....

ตอนที่ ๒ การสร้างโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดัน
โลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รองรับการลดภาระงบประมาณภาครัฐ

๑. ท่านมีวิธีการอย่างไรในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

.....
.....
.....
.....

๒. ท่านมีวิธีการอย่างไรในการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

.....
.....
.....

๓. ปฏิทินสุขภาพ ช่วยในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

.....
.....
.....

๔. หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานอื่น ๆ มีส่วนช่วยสร้างความร่วมมือในการป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

.....
.....
.....

๕. เครือข่ายสุขภาพเข้ามามีบทบาทและมีส่วนป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร

.....
.....
.....

๖. ตามหลักธรรมนูญสุขภาพที่ว่าด้วย พระสงฆ์ดูแลตนเอง ชุมชนและสังคมดูแลพระสงฆ์ พระสงฆ์เป็นผู้นำดูแลสุขภาพชุมชน มีส่วนช่วยในการป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....

๗. ข้อเสนอแนะอื่นๆ (ถ้ามี)

.....
.....
.....

ภาคผนวก ข

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. กิจกรรมด้านการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา

- สามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนรายวิชาการระเบียบวิธีวิจัยเพื่อจัดการ และประยุกต์ใช้ สอดคล้องกับรายวิชา
- สามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปประกอบงานประกันคุณภาพการให้บริการวิชาการแก่สังคม

๒. กิจกรรมด้านการพัฒนากิจกรรมวัดและชุมชน

- ให้นิสิตคฤหัสถ์และนิสิตบรรพชิต นำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาตามบริบทของชุมชนที่สอดคล้องกับผลการวิจัย
- นำผลการวิจัยมาเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละสาขา และจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน

๓. กิจกรรมด้านการพัฒนากิจกรรมมหาวิทยาลัยและชุมชน

- มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการศึกษาตามอิสระแก่นิสิตและโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่

๔. ผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา จัดให้มีการนำข้อมูลจากการทำวิจัยมาประกอบการเรียนการสอนระเบียบวิธีวิจัย การจัดการองค์กร การพัฒนาองค์กร
- อาจารย์ นิสิตของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินการต่อยอดผลการดำเนินการวิจัยสู่การค้นหากลไกที่สำคัญต่อการจัดการศึกษาต่อไป
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงวิชาการโดยใช้ข้อมูลเป็นฐานในการพัฒนาด้านพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ภาคผนวก ค

ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย
(Output/Outcome/Impact)

ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย (Output/ Outcome/Impact)

ผลผลิต	ผลลัพธ์	ผลกระทบจากงานวิจัย
<p>โมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานโรคความดัน โลหิตสูงแบบพึ่งพาตนเอง รongรับการลด ภาระงบประมาณภาครัฐ</p>	<p>- ชุดโมเดลป้องกันและลดการป่วยซ้ำซ้อนพระสงฆ์และ ประชาชน - แผนนำร่องลดภาระภาครัฐจากการป่วยโรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง</p>	<p>รพ.สต.และคณะสงฆ์ระดับตำบล สถาบันการศึกษา ผู้ประกอบการในชุมชน องค์กรในชุมชน กระตุ้นให้เกิด กิจกรรมลดภาระของหน่วยงานภาครัฐที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ ลดการป่วย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด นครราชสีมา</p>

ประวัติผู้วิจัย

๑. หัวหน้าโครงการวิจัย

๑. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายไพรัตน์ เอิบสำโรง

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr.Prairat Oebsamrong

๒. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๑๐๒๑-๐๑๔๕๘-๖๔-๔

๓. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตร สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา

๔. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา อ.เมือง จ. นครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๔๔๒๖-๔๕๖๐ E-mail : Phairuch1@hotmail.com

๕. ประวัติการศึกษา

นักธรรมเอก

พธ.บ (พุทธศาสตรบัณฑิตการจัดการเชิงพุทธ) จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา

พธม. (พุทธศาสตรมหาบัณฑิตการจัดการเชิงพุทธ) จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (วังน้อย)

๖. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการจัดการทรัพยากรสัตว์ป่า / บัญชีเพื่อการจัดการ

๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

๗.๑ ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : (ไม่มี)

๗.๒ หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาและพัฒนาระบบนิเวศทางธุรกิจของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

๗.๓ งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า ๑ เรื่อง) (ไม่มี)

๗.๔ งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำการวิจัยว่าได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด (ไม่มี)