สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

BUDDHIST HOLISTIC HEALTH : A CASE STUDY OF CLINICAL DIABETES PATIENTS AT RAJAVITHI HOSPITAL

นางเสาวนีย์ ฤดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาชีวิตและความตาย
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๔

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

นางเสาวนีย์ ฤดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาชีวิตและความตาย
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๕๔

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)

BUDDHIST HOLISTIC HEALTH : A CASE STUDY OF CLINICAL DIABETES PATIENTS AT RAJAVITHI HOSPITAL

SAOWANEE RUEDEE

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
The Requirement for The Degree of
Master of Arts
(Life and Death Studies)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Bangkok, Thailand
C.E. 2011

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา ชีวิตและความตาย

.....
(พระสุธีธรรมานุวัตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ..... ประธานกรรมการ
(พระครูปลัดปริยัติวรวัฒน์, ดร.)

..... กรรมการ
(พระเอกภัทร อภิฉนฺโท,ผศ.ดร.)

..... กรรมการ
(ผศ.ดร.สิริวัฒน์ ศรีเครือดง)

..... กรรมการ
(ผศ.สาระ มุขดี)

..... กรรมการ
(ดร.ชัยสิทธิ์ ทองบริสุทธิ์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พระเอกภัทร อภิฉนฺโท,ผศ.ดร. ประธานกรรมการ
ดร.ชัยสิทธิ์ ทองบริสุทธิ์ กรรมการ
ผศ.สาระ มุขดี กรรมการ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ :กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาล ราชวิถี

ผู้วิจัย : นางเสาวนีย์ ฤดี

ปริญญา : พุทธศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาชีวิตและความตาย)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

: พระเอกภัทร อภิณฺโท, ผศ.ดร., พธ.ม(การสอนสังคม), พธ.ม, (ภาษาอังกฤษ), M.A.(Psy), Ph.D.(Psy).

: ดร.ชัยสิทธิ์ ทองบริสุทธิ์, พธ.บ., พม, M.A.(Phi),M.A.(App.Psy.),Ph.D.(Psy.).

: ผศ.สาระ มุขดี, กศ.บ.(พยาบาลศึกษา), M.A.(Counseling Psy.)

วันที่สำเร็จการศึกษา : ๙ มีนาคม ๒๕๕๕

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ๒) ศึกษาความแตกต่างในระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ ๓) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน ๒๕๒ คน เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ทดสอบค่าที, One-Way ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

๑) ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (๖๑.๙%) อายุสูงกว่า ๖๐ ปี (๔๒.๑%) น้ำหนัก ๖๑-๗๐ กิโลกรัม (๓๖.๑%) สูง ๑๕๑-๑๖๐ เซนติเมตร (๕๘.๗%) สมรส (๗๗.๐%) อาชีพธุรกิจ (๔๓.๓%) การศึกษามัธยม / ต่ำกว่า (๗๓.๐%) รายได้ ๕,๐๐๑- ๑๕,๐๐๐ บาท (๔๙.๒%)

ระดับสภาวะการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน๕-๑๐ ปี(๓๖.๕%) เริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน (๙๗.๒%) ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจ๒ เดือน (๔๐.๙%) ไม่เคยนอนพักรักษาโรคเบาหวานในโรงพยาบาล

(๗๑.๘%) ควบคุมระดับน้ำตาลโดยยาแพทย์แผนปัจจุบัน (๖๔.๓%) มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (๗๘.๖%) เป็นอาการขั้นไม่รุนแรง (๗๘.๖%)

๒) ระดับสภาวะสุขภาวะ

พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้สภาวะองค์รวมแนวพุทธโดยรวมทุกด้านและในแต่ละด้านในระดับมาก ($\overline{X}$ = ๓.๖๐) ซึ่งสามารถจัดลำดับการรับรู้จากมากไปหาน้อย คือ ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา และด้านสังคมตามลำดับ ($\overline{X}$ =๓.๖๘, ๓.๖๗, ๓.๕๒ และ ๓.๕๑)

๓) ความแตกต่างในระดับสุขภาวะองค์รวม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ มี/ไม่มีโรคแทรกซ้อน เคยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล ระยะเวลาที่แพทย์นัด วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทางการแพทย์ ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยวิธีอื่น มีความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธโดยทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างในเรื่อง น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เคย/ไม่เคยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล และระดับของอาการแทรกซ้อน ไม่มีความแตกต่างในระดับการรับรู้สภาวะองค์รวม

๔) ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านต่างๆ

พบว่า สุขภาวะองค์รวมด้านกายและด้านสังคม ด้านกายและโดยรวมทุกด้าน ด้านสังคมและด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านปัญญา(รู้คิด) ด้านสังคมและโดยรวมทุกด้าน ด้านจิตใจและด้านปัญญา(รู้คิด) ด้านจิตใจและโดยรวมทุกด้าน ด้านปัญญา(รู้คิด)และโดยรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านกายและด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนด้านกายและด้านปัญญา(รู้คิด) ไม่มีความสัมพันธ์

Thesis Title : Buddhist Holistic Health : A Case Study of Clinical Diabetes Patients at Rajavithi Hospital

Researcher : Mrs. Saowanee Ruedee

Degree : Master of Arts (Life and Death Studies)

Thesis Supervisory Committee

: Para Eakapatara Abpichanto, Asst.Prof.,B.A.(Eng.), M.A.(Psy.),Ph.D.(Psy.).

: Dr.Chayasit Thongborisut, Pali lll, Dep.(Ed.), B.A.(Phi.), M.A.(Phi.,App.Psy.),Ph.D.(Psy.)

: Asst.Prof. Sara Mukdee, B.A.,(Nursing Ed.), M.A. (Counseling Psy.)

Date of Graduation : 9 / 3 / 55

Abstract

The objectives of this research were : 1) to study the level of behavior and cognitive Buddhist holistic health of clinical diabetes patients at Rajavithi Hospital, 2) to study the differences of the level of Buddhist holistic health sparating by general informations. The sample consisted of 252 clinical diabetes patients at Rajavithi hospital. and 3) to study the relationship of behavior and cognitive in each about the perception of Buddhist holistic health. Research instruments were questionars. Statistics used for data analysis consisted of percentage,mean ($\overline{X}$), standard deviation(S.D.) and testing hypothesis using t-test, One-way ANOVA and Pearsons Product Moment correlation.

The Results are as follows.

1) General Information

It found that the samples mostly are female (61.9%), age more than 60 (42.1%), weight 61-70 kilograms (36.1%), height 151-160 centimeters (58.7%) married (77.0%), doing Business (43.3%), high school and bellow (73.0%). and income Bath 5,001-15,000 per month (49.2%)

It found that the samples mostly are diabetes diagnosis 5-10 years (36.5%), begin take the preservation since , be the diabetes (97.2%), duration of recheck 2 months (40.9%), non stay at hospital for diabetes diagnosis (71.9%), control water palmyra level by doctor modern medicine (64.3%), there is the symptoms has complications from the diabetes (79.6%) and symptoms doesn't be severe (78.6%)

2) The Level of Holistic Health Perception:

It found that the samples perceived behavior and cognitive of Buddhist holistic health of all aspects in total at the high level ($\overline{X}$ = 3.60), in each aspects at the high levels which can be listed form the highest to lowest such as physical, psychological cognitive and social aspects espectively ($\overline{X}$ =3.68, 3.67, 3.52 and 3.51).

3) The Differences of Holistic Health Perception:

It found that the samples with the differences in sex, ages, occupations, educations, incomes, intervening diseases, got the significant differences in behavior and cognitive of Buddhist holistic health at 0.01 level. Whereas the sample with the differences in weight, height, marital status, duration of clinical diabetes, stay / non-stay for treating at hospital, the level of intervening diseases got no differences in the level of behavior and cognitive of Buddhist holistic health.

4) The Relationship between Aspects of Buddhist Holistic Health

It found the relationship between behavior and cognitive of the Buddhist Holistic Health of each aspects such as physical and social, social and psychological, social and all aspects, psychological and cognitive and psychological and all aspects at the 0.01 level, and physical and psychological aspects at 0.05 level. Whereas there are no relationship between physical and psychological aspects.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความเมตตาอนุเคราะห์จากท่านคณาจารย์หลายๆ ท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพระสุธีธรรมานุวัตรคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย, พระมหาขวัญชัย กิตฺติปาโล คณบดีคณะมนุษยศาสตร์, พระเอกภัทร อภิณฺโท,ผศ.ดร., ดร.ชัยสิทธิ์ ทองบริสุทธิ์ และผศ.สาระ มุขดี ที่ได้ช่วยตรวจสอบ ที่คอยเอื้อเฟื้อข้อมูลและแนะนำในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้, ผู้ป่วย ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี ที่ช่วยอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม, เพื่อนสาขาวิชาชีวิตและความตาย รุ่น ๒ ทุกท่าน

ท้ายสุดนี้ คุณความดีที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอตั้งมหากุศลเจตนาอย่างแรงกล้า อธิษฐานจิตระลึกถึงคุณพระศรีรัตนตรัยเป็นที่พึ่งที่ระลึก แล้วแผ่ส่วนกุศลผลความดีทั้งหมดนี้ไปให้กับ คุณของมารดาบิดาผู้ให้กำเนิด ญาติพี่น้อง ครูอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

นางเสาวนีย์ ฤดี
มกราคม ๒๕๕๕

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
ABTRACT	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฑ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฒ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๖
๑.๓ ขอบเขตการวิจัย	๖
๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๗
๑.๕ สมมติฐานการวิจัย	๗
๑.๖. คำจำกัดความของศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	๘
๑.๗. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๙
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๐
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ	๑๐
๒.๑.๑ ความหมาย สุขภาวะ	๑๐
๒.๑.๒ พุทธวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	๑๒
๒.๑.๓ พุทธวิธีบำบัดรักษาโรคด้วยพระธรรมโอสถ	๑๕
๒.๑.๔ ทฤษฎีสุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	๑๙
๒.๒ โรคทางพุทธศาสนา	๒๓
๒.๒.๑ ความหมายโรค	๒๓

๒.๒.๒ ชื่อโรคต่าง ๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ๒๔
๒.๒.๓ ประเภทของโรค ๒๕
๒.๒.๔ สาเหตุของโรค ๒๘
๒.๒.๕ พุทธวิธีบำบัดรักษาโรค ๓๒
๒.๓ โรคเบาหวานในพระไตรปิฎก ๓๔
๒.๔ แนวคิดโรคเบาหวานทางการแพทย์ ๓๙
๒.๔.๑ ความหมายของโรคเบาหวาน ๓๙
๒.๔.๒ ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ๔๐
๒.๔.๓ ประเภทของโรคเบาหวาน ๔๑
๒.๔.๔ สาเหตุที่ทำให้เป็นเบาหวาน ๔๔
๒.๔.๕ อาการของโรคเบาหวาน ๔๖
๒.๕.๖ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ๔๗
๒.๕.๗ การรักษาโรคเบาหวาน ๔๙
๒.๕.๘ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ๕๐
๒.๕ การภาวนา ๔ ๕๕
๒.๖ แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาชีวิต ๕๗
๒.๖.๑ ความหมายของการพัฒนา ๕๗
๒.๖.๒ องค์ประกอบของการพัฒนาชีวิตในทางพระพุทธศาสนา ๕๘
๒.๖.๓ แนวคิดการพัฒนาชีวิตตามหลักพระพุทธศาสนา ๕๙
๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๖๒
๒.๗.๑ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ๖๒
๒.๗.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ ๖๖
๒.๗.๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิตของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ๗๒
๒.๗.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ๗๕
๒.๘ กรอบแนวคิดในการวิจัย ๘๑

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย ๘๒

๓.๑ การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ๘๒

๓.๒ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ๘๓

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ๘๓

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกระทำข้อมูล ๘๖

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล ๘๖

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ๘๗

บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ๙๒

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ๙๒

๔.๒ ผลการวิเคราะห์สภาวะการเป็นเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน ๙๕

๔.๓ ผลการวิเคราะห์ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและสภาวะการเป็นเบาหวานรายข้อและโดยรวมทุกข้อ ๙๗

๔.๔ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน ๑๐๓

๔.๕ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ ๑๒๙

บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ๑๓๐

๕.๑ สรุปผลการวิจัย ๑๓๐

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไป ๑๓๐

๕.๑.๒ สภาวะการเป็นเบาหวาน ๑๓๑

๕.๑.๓ ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ๑๓๑

๕.๑.๔ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ๑๓๑

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย ๑๓๔

๕.๒.๑ ข้อมูลทั่วไป ๑๓๔

๕.๒.๒ ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ๑๓๕

๕.๒.๓ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๓๗
๕.๒.๔ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมจำแนกตามสภาวะการเป็นโรคเบาหวาน ๑๔๑
๕.๒.๕ ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะด้านต่าง ๆ ๑๔๔
๕.๓ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ๑๔๘

บรรณานุกรม ๑๕๐

ภาคผนวก

ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ข. หนังสือราชการที่เกี่ยวข้อง
ค. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ประวัติผู้วิจัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๔.๑	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกปัจจัยด้านเพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, สถานภาพการสมรส, อาชีพ, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้ต่อเดือน	๙๓
๔.๒	แสดงข้อมูลสภาวะการเป็นเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี จำแนกรายข้อ	๙๕
๔.๓	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านกาย จำแนกเป็นรายข้อ	๙๗
๔.๔	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านสังคม จำแนกเป็นรายข้อ	๙๘
๔.๕	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ	๑๐๐
๔.๖	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านรู้คิด (ปัญญา) จำแนกเป็นรายข้อ	๑๐๑
๔.๗	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านต่างๆ	๑๐๒
๔.๘	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามเพศชาย และหญิง ด้วยการทดสอบ f– test	๑๐๓
๔.๙	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจำแนกตามอายุ ด้วยการทดสอบ f– test	๑๐๔
๔.๑๐	แสดงค่าการวิเคราะห์ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามอายุ	๑๐๕
๔.๑๑	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจำแนกตามน้ำหนัก ด้วยการทดสอบ f– test	๑๐๖
๔.๑๒	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย	๑๐๗

	ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามส่วนสูง ด้วยการทดสอบ f– test	
๔.๑๓	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามสถานภาพการสมรส ด้วยการทดสอบ f– test	๑๐๘
๔.๑๔	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามสถานภาพการสมรส	๑๐๙
๔.๑๕	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกอาชีพ ด้วยการทดสอบ f– test	๑๑๐
๔.๑๖	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามอาชีพ	๑๑๑
๔.๑๗	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด ด้วยการทดสอบ f– test	๑๑๒
๔.๑๘	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด	๑๑๓
๔.๑๙	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน ด้วยการทดสอบ f– test	๑๑๕
๔.๒๐	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	๑๑๖
๔.๒๑	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ f– test	๑๑๗
๔.๒๒	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามการเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ t – test	๑๑๘
๔.๒๓	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ	๑๑๙

	จำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ f– test	
๔.๒๔	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน	๑๒๐
๔.๒๕	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วยการทดสอบ f– test	๑๒๑
๔.๒๖	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการทดสอบ f– test	๑๒๒
๔.๒๗	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	๑๒๓
๔.๒๘	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ t – test	๑๒๔
๔.๒๙	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ f– test	๑๒๕
๔.๓๐	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ จำแนกอาการแทรกซ้อน	๑๒๖
๔.๓๑	แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ ด้วยการทดสอบ f– test	๑๒๗
๔.๓๒	แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านต่างๆ จำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์	๑๒๘
๔.๓๓	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านรู้คิด(ปัญญา)	๑๒๙

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
๒.๑ แสดงสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา (ทางจิตวิญญาณ)	๒๑
๒.๒ แสดงความเกี่ยวพันขององค์รวม	๒๒

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

๑.การใช้คำย่อ

พระไตรปิฎกบาลี ที่อ้างอิงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อ้างอิงจาก ฉบับมหาจุฬาเตปิฎก ๒๕๐๖ พระไตรปิฎกภาษาไทย อ้างอิงจากฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙ ปกรณวิเสส อ้างอิงจาก ฉบับมหาจุฬาปกรณวิเสโส อรรถกถาบาลีอ้างอิงจากฉบับมหาจุฬาอฏฺฐกถา และฎีกาบาลี อ้างอิงจากฉบับมหาฎีกา มีคำย่อ ดังนี้

พระวินัยปิฎก

วิ.มหา.	(บาลี)=	วินยปิฏ	มหาวิภงฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
วิ.มหา.	(ไทย)=	วินัยปิฎก	มหาวิภังค์	(ภาษาไทย)
วิ.ม.	(บาลี)=	วินยปิฏก	มหาวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
วิ.ม.	(ไทย)=	วินัยปิฎก	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
วิ.จู.	(บาลี)=	วินยปิฏก	จูฬวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
วิ.จู.	(ไทย)=	วินัยปิฎก	จูฬวรรค	(ภาษาไทย)

พระสุตตันตปิฎก

ที.ม.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	ทีฆนิกาย	มหาวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
ที.ม.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ปา.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	ทีฆนิกาย	ปาฏิกวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
ที.ปา.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	ปาฏิกวรรค	(ภาษาไทย)
ม.มู.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	มชฺฌิมนิกาย	มูลปณฺณาสกปาลิ	(ภาษาบาลี)
ม.มู.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มูลปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
ม.ม.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	มชฺฌิมนิกาย	มชฺฌิมปณฺณาสกปาลิ	(ภาษาบาลี)
ม.ม.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	มัชฌิมปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
ม.อุ.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	มชฺฌิมนิกาย	อุปริปณฺณาสกปาลิ	(ภาษาบาลี)
ม.อุ.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	มัชฌิมนิกาย	อุปริปัณณาสก์	(ภาษาไทย)
สํ.ส.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	สํยุตฺตนิกาย	สคาถวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
สํ.ส.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	สคาถวรรค	(ภาษาไทย)
สํ.นิ.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฏก	สํยุตฺตนิกาย	นิทานวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
สํ.นิ.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	นิทานวรรค	(ภาษาไทย)

สํ.ข.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	สํยุตฺตนิกาย	ขนฺธวารคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
สํ.ข.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	ขันธวารวรรค	(ภาษาไทย)
สํ.ม.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	สํยุตฺตนิกาย	มหาวารวคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
สํ.ม.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	มหาวารวรรค	(ภาษาไทย)
องฺ.เอกก.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	องฺคุตฺตรนิกาย	เอกกนิปาตปาลิ	(ภาษาบาลี)
องฺ.เอกก.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	เอกกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.จตุกฺก.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	องฺคุตฺตรนิกาย	จตุกฺกนิปาตปาลิ	(ภาษาบาลี)
องฺ.จตุกฺก.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	จตุกกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ปญฺจก.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	องฺคุตฺตรนิกาย	ปญฺจกนิปาตปาลิ	(ภาษาบาลี)
องฺ.ปญฺจก.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ปัญจกนิบาต	(ภาษาไทย)
องฺ.ทสก.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	องฺคุตฺตรนิกาย	ทสกนิปาตปาลิ	(ภาษาบาลี)
องฺ.ทสก.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ทสกนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.ธ.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	ขุทฺทกนิกาย	ธมฺมปทปาลิ	(ภาษาบาลี)
ขุ.ธ.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ธัมมบท	(ภาษาไทย)
ขุ.สุ.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	ขุทฺทกนิกาย	สุตฺตนิปาตปาลิ	(ภาษาบาลี)
ขุ.สุ.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	สุตตนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.เถร.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	ขุทฺทกนิกาย	เถรคาถาปาลิ	(ภาษาบาลี)
ขุ.เถร.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	เถรคาถา	(ภาษาไทย)
ขุ.ม.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	ขุทฺทกนิกาย	มหานิทฺเทสปาลิ	(ภาษาบาลี)
ขุ.ม.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	มหานิเทส	(ภาษาไทย)
ขุ.ป.	(บาลี)=	สุตฺตนฺตปิฎก	ขุทฺทกนิกาย	ปฏิสมฺภิทามคฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
ขุ.ป.	(ไทย)=	สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ปฏิสัมภิทามรรค	(ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

อภิ.วิ.	(บาลี)=	อภิธมฺมปิฎก	วิภงฺคปาลิ	(ภาษาบาลี)
อภิ.วิ.	(ไทย)=	อภิธัมมปิฎก	วิภังค์	(ภาษาไทย)

อรรถกถาพระสุตตันตปิฎก

ม.มู.อ.	(บาลี)=	มชฺฌิมนิกาย	ปปญฺจสูทนี	มูลปณฺณาสกอฏฺฐกถา	(ภาษาบาลี)
ม.มู.อ.	(ไทย)=	มัชฌิมนิกาย	ปปัญจสูทนี	มูลปัณณาสก์อรรถกถา	(ภาษาไทย)
องฺติก.อ.	(ไทย)=	องฺคุตฺตรนิกาย	มโนรถปูรณี	ติกนิบาตรอรรถกถา	(ภาษาบาลี)
องฺติก.อ.	(บาลี)=	องฺคุตตรนิกาย	มโนรถปูรณี	ติกนิบาตอรรถกถา	(ภาษาไทย)
ขุ.อิติ.อ.	(บาลี)=	ขุทฺทกนิกาย	ปรมตฺถทีปนี	อิติวุตฺตกอฏฺฐกา	(ภาษาบาลี)

ขุ.อิติ.อ. (ไทย)= ขุททกนิกาย ปรมัตถทีปนี อิติวุตตกอรรถกถา (ภาษาไทย) ฎีกาพระวินัยปิฎก

วินย.ฎีกา (บาลี) = วินยาลงฺการฎีกา (ภาษาบาลี)

๒. การระบุหมายเลขและคำย่อ

การระบุหมายเลขและคำย่อพระไตรปิฎก และอรรถกถาพระสุตตันตปิฎก ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ระบุ เล่ม/ข้อ/หน้า หลังชื่อย่อคัมภีร์ เช่น ที.สี.(บาลี) ๙/๒๗๖/๙๗,ที.สี.(ไทย) ๙/๒๗๖/๙๘. หมายถึง ทีฆนิกาย สีลกฺขนฺธวคฺคปาลิ พระไตรปิฎกภาษาบาลี เล่ม ๙ ข้อ ๒๗๖ หน้า ๙๗ ฉบับมหาจุฬาเตปิฎกำ ๒๕๐๐ และ ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่ม ๙ ข้อ ๒๗๖ หน้า ๙๘ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กล่าวได้ว่าหลักคำสอนในพระพุทธศาสนา มีลักษณะเป็นองค์รวมในความหมายต่างๆ ทุกหลักธรรม ซึ่งอาจย้อนไปพิจารณาตั้งแต่จุดเริ่มต้นก็มีลักษณะเป็นแบบองค์รวมไม่เอียงไปทางมุ่งแสวงหาและเสพแต่ความสุขทางกาย บำรุงบำเรอจนเกินพอดีที่เรียกว่า “กามสุขัลลิกานุโยค[๑] ” หรือการมุ่งแต่ความหลุดพ้นอิสระจนกระทั่งมุ่งทำลายและจำกัดความต้องการความจำเป็นทางกาย โดยอาจมองเอียงสุดถึงว่าความสมบูรณ์ทางกายเป็นอุปสรรคต่อชีวิตทางจิตใจที่เรียกว่า”อัตตกิลมกานุโยค” เจ้าชายสิทธัตถะทรงสละความสุขสุดโต่งทางกาย โดยดำริว่าเป็นทางที่ปกปิดไม่ให้มีโอกาสในการแสวงหาความสุขทางจิตใจและได้มุ่งดำเนินชีวิตอีกแบบในการละเลยต่อสุขภาวะทางกายถึงหกปี ก่อนที่จะเข้าใจว่าวิธีการที่ไม่สมดุลดังกล่าวก็ไม่ใช่ทาง จึงหันมาดูแลสุขภาวะทางกายเลิกทรมานตน แนวคำสอนสายกลางที่มีดุลยภาพด้วยการเข้าใจความพอดี จึงเรียกว่าทางสายกลาง มัชฌิมาปฏิปทา[๒]หรือข้อปฏิบัติที่เป็นสายกลาง ไม่เอียงทางใดทางหนึ่ง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ตามกฎแห่งเหตุผลและความเป็นไปตามองค์ประกอบและตัวแปรที่พอดีที่เรียกว่า มัชเฌนธรรมเทศนา[๓]

สามัคคี การทำงานเป็นประโยชน์ทั้งทางกาย ทางสังคม ทางจิตและการรู้คิดสมานัตตตาคือการวางตนลักษณะความเป็นองค์รวมในพระพุทธศาสนามีปรากฏอยู่ทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความสมดุลหรือความเป็นองค์รวมจากความจริงเกี่ยวกับชีวิต เช่น คำสอนเรื่องขันธ์ ๕ หรือเบญจขันธ์[๔] มองชีวิตประกอบขึ้นจากองค์ประกอบทางกาย(รูป) และองค์ประกอบทางจิต (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) หลักปฏิบัติไตรสิกขา ก็แสดงถึงหลักปฏิบัติต่อองค์รวมแห่งชีวิต เพื่อการดำเนินชีวิตที่มุ่งฝึกหัดทั้งด้านกาย วาจาและจิตใจ รวมทั้งปัญญา ให้มีสุขภาวะในแต่ละด้านซึ่งเรียกว่า อธิสีลสิกขา อธิจิตตสิกขาและอธิปัญญาสิกขา ที่เรียกง่ายๆ ว่า ศีล สมาธิ ปัญญา โดยศีลมุ่งเสริมสร้างสุขภาพทางกายและสังคม สมาธิเสริมสร้างสุขภาวะทาง

---

[๑] วินย.(ไทย) ๔/๑๓/๑๘.

[๒] วินย.(ไทย) ๔/๑๔/๑๘.

[๓] ที.ม.(ไทย) ๑๐/๒๙๙/๓๔๘.

[๔] สำ.ข.(ไทย) ๑๙/๙๕/๙๘, อภิ.วิ.(ไทย) ๓๕/๑/๑.

จิตและปัญญามุ่งให้เข้าใจและรู้แจ้งตามความเป็นจริง วัดผลการปฏิบัติด้วยความสมบรูณ์พร้อมหรือสุขภาวะที่เป็นองค์รวมที่เรียกว่า ภาวนา๔[๕] เป็นความเจริญแบบองค์รวมคือ กายภาวนา ความเจริญหรือสุขภาวะทางกาย สีลภาวนา ความประพฤติที่พัฒนาสั่งสมไปถึงความเจริญในคุณธรรมทางสังคม มีระเบียบวินัยไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหายแก่กันและกันในสังคม อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี เกื้อกูลกันและกัน จิตตภาวนาสุขภาวะทางจิตใจหรือสุขภาวะทางอารมณ์ ความเจริญและมั่นคงด้วยคุณสมบัติทางจิตที่ดี ความเพียรพยายาม อดทน มีสมาธิและความสุขทางใจ ส่วนปัญญาภาวนาเป็นการพัฒนาความรู้-คิด ความรู้ความเข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง แก้ไขปัญหาและการพัฒนาด้วยปัญญา ดำเนินตามแนวทางแห่งเหตุและผลที่ถูกต้องที่เรียกว่ารู้ทันและปฏิบัติต่อโลกและชีวิตตามสภาวะ ส่วนองค์ธรรมอื่นๆ เช่น สังคหวัตถุ ๔[๖] ธรรมเครื่องยึดเหนี่ยวและประสานหมู่ชนให้สามัคคี เป็นหลักการสงเคราะห์ทั้งทางกายและทางจิตโดยการให้วัตถุหรือปัญญา การมีปิยะวาจาด้วยความสบายใจ ประสานเหมาะสมทั้งต่อบุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม ถูกต้องทางธรรม เหมาะสมในแต่ละกรณีทั้งทางกาย ใจ บุคคลและสภาพแวดล้อม

ปัจจุบันหากพูดถึงเรื่องสุขภาวะ หรือสุขภาพนั้นจะมีองค์ประกอบอยู่ ๔ มิติ ด้วยกัน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือการรู้คิด(ปัญญา)ทั้งสี่เรื่องไม่ได้แยกกันอยู่เป็นกองๆ แต่ว่าเชื่อมโยงอยู่ในกันและกันทั้งหมด ซึ่งสุขภาวะด้านหนึ่งที่ครอบคลุมและไปเชื่อมโยงกับสุขภาวะในอีกสามมิติ ซึ่งการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งสี่มิติที่กล่าวมาไม่ได้เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเพียงแค่พื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่านั้น แต่มีความสำคัญต่อทุกองค์ประกอบของการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสุขภาวะหรือสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องการไม่มีโรคเท่านั้น แต่หมายถึงความถูกต้องเหมาะสมทั้งหมดของมนุษย์และของสังคม ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“สุขภาพ” คือภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล“ปัญญา” หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมื่อมีการบัญญัติคำว่าสุขภาวะขึ้นมา[๗] สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว

---

[๕] องฺ.ปญฺจก.(ไทย) ๒๒/๗๙/๑๒๑

[๖] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๑๔๐/๑๖๗

[๗] สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส), **สุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่สุขภาพทางปัญญา,** พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า

ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลสุขภาวะทางทางจิตวิญญาณในปัจจุบันใช้คำว่า สุขภาวะด้านปัญญา หมายถึง ความฉลาดรู้ นำไปสู่ชีวิตที่สมดุล สุขภาพนี้ได้มีการเปลี่ยนจุดเน้นเดิม ซึ่งพูดถึงเรื่องการแก้ปัญหาเมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บขึ้นแล้วเป็นหลัก ต่อมาได้เน้นในเรื่องของการป้องกันหรือการสร้างเสริมสุขภาพก่อนที่จะเกิดโรคขึ้นควบคู่กันไปด้วย โดยเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวนี้จะช่วยให้เราสามารถที่จะสร้างสุขภาพได้ดีกว่า หรือพูดในภาษาที่สั้นๆ เน้นที่การสร้างนำซ่อม การเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพจาก “เชิงรับ” มาเป็น “เชิงรุก

ดังนั้น การแพทย์ทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะพัฒนาทฤษฎี หรือหลักการการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ (Holism) หรือการให้ ความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนของคนใกล้ชิดควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์มากกว่าที่จะมอบบทบาทหน้าที่ไว้กับแพทย์แต่ผู้เดียว นอกจากนี้ในการดูแลสุขภาพได้มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผนวกรวมกับแพทย์สมัยใหม่ เกิดกระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพทางเลือกในสังคมไทย โดยมีการรื้อฟื้นการแพทย์แบบพื้นบ้านไปจนถึงการเสาะหาวิธีการใหม่ๆ จากต่างประเทศมาใช้กันอย่างหลากหลายในที่สุดได้มีการนำเสนอแนวนโยบายให้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น เป็นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน[๗]

การนำมิติทางสังคม วัฒนธรรมและศาสนามาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้ดั้งเดิมเข้ากับการบำบัดแผนปัจจุบันผสมผสานกับการแพทย์ทางเลือก ทำให้เกิดเป็นการแพทย์แบบองค์รวมขึ้น (Holistic Medicine) การแพทย์แบบองค์รวมได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ โดยอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา **Susan Walter** ประธาน American Holistic Health Association กล่าวว่าสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคน ๆ นั้น และเธอได้เสนอหลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวมไว้ ๕ ประเด็น คือ ๑) สุขภาพแบบองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ว่าไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วยแต่หมายถึง การปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ๒) สุขภาพของเราจะ

---

[๗] ลลิตา ธีระศิริ, **บำบัดโรคด้วยแพทย์ทางเลือก,** พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทรีดเดอร์ ไดเจสท์ (ประเทศไทย), ๒๕๔๔), หน้า ๔.

เป็นแบบเดียวกับวิถีชีวิตของเราที่เป็นอยู่ การเลือกบริโภคสิ่งใดเข้าสู่ทั้งทางร่างกายและจิตใจจะมีส่วนกำหนดสภาวะสุขภาพกายและใจของบุคคลนั้น ๆ ๓) การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพแบบองค์รวมจะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยให้ทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ๔) สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่สมดุลและสมบูรณ์ ๕) เมื่อเจ็บป่วยจะใช้หลักการสุขภาพแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพระหว่างหมอและคนไข้ โดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ และพิจารณาปัจจัยทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง[๙]

ในทุกความหมายและทุกมิติ ในเรื่องสุขภาวะและการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมดังกล่าว เป็นหลักที่จะวัดผลสุขภาวะด้านต่าง ๆของการพัฒนาชีวิตว่าได้รับการพัฒนาครบถ้วนหรือไม่ วัดผลได้เช่นเดียวกับการวัดผลเป้าหมายของมรรคมีองค์แปดหรือไตรสิกขา โดยใช้หลักพุทธศาสนาด้วยภาวนา ๔[๑๐] กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา การแพทย์แบบองค์รวมจะมองว่าปัจจัยสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาอยู่ที่ตัวผู้ป่วย และด้วยเหตุที่ความเจ็บป่วยนั้นมิได้เกิดเฉพาะจุดแต่เป็นปัญหาทั้งระบบ การรักษาทั้งระบบได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ระบบเกิดดุลยภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการแพทย์แบบองค์รวมจึงถือบทบาทให้คำปรึกษาทางการแพทย์เป็นบทบาทหลักของแพทย์มากกว่าการบำบัดรักษา[๑๑]

โรคเบาหวานเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ ถือเป็นพื้นฐานสำคัญของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งด้านหัวใจ สมอง ไต ตาและหลอดเลือด[๑๒] นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และมีปัจจัยส่งเสริมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความเครียดในปี พ.ศ. ๒๕๔๘มีผู้เสียชีวิต

---

[๙] ปัทมาวดี กสิกรรม, **โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๑), หน้า ๘-๙.

[๑๐] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), **พุทธธรรม** (ฉบับเดิม), (กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร จำกัด, ๒๕๔๕), หน้า ๓๗๑.

[๑๑] พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี, "ป่า : รักษาได้โดยไม่ต้องไล่คน" , **พลิกพื้นดินไทยให้เขียวชอุ่ม ทางเลือกใหม่ เพื่อการอนุรักษ์สภาพแวดล้อม,** (กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการศาสนาเพื่อการพัฒนา, ๒๕๓๖), หน้า ๔๕.

[๑๒] ธิติ สนับบุญ, **การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙), หน้า ๒๕

จากโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ ๑.๑ ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ ๒ คน และเจ็บป่วยกว่า ๑๘๐ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒ เท่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ ๘๐ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๔๕-๖๕ปี[๑๓]

ผลการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๔- พ.ศ. ๒๕๔๙ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๓๓.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๒๘ เพิ่มเป็น ๙๑.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ และเป็น ๕๘๖.๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๙[๑๔] นอกจากนี้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๔๖ – พ.ศ.๒๕๔๗ พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้โรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ทำให้เสียชีวิตทันที แต่เป็นโรคที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลโดยตรง คือ ใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก สำหรับผลโดยอ้อมไม่สามารถประเมินค่าได้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีโรคแทรกซ้อนมากมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีข้อจำกัดด้านความสามารถ มีความพิการหรือเสียชีวิตก่อนเวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นภาระอย่างมากต่อครอบครัวและเป็นผลกระทบโดยรวมของระบบสุขภาพ เพราะจำเป็นต้องดูแลกันตลอดชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในหลายด้านเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างผู้ที่มีทุกข์ทางใจน้อยลง แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมจึงจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างยิ่ง การสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติ โดยให้ความสำคัญแก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ธรรมานามัยจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจสงบ รู้กระทบรู้กระทำสามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้[๑๕]

การสั่งสอนธรรมของพระพุทธเจ้า ทรงมุ่งผลในทางปฏิบัติ ให้ทุกคนจัดการกับชีวิตที่เป็นอยู่จริงๆ ในโลกนี้เริ่มแต่บัดนี้ เช่น ทรงสอนมนุษย์ให้รู้จักตนเอง รู้จักร่างกายและจิตของตนจะได้บำรุงรักษาร่างกายและจิตใจให้ดำรงอยู่อย่างปกติสุข การนำหลักพุทธธรรมมาร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ ให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพปกติ คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พระสาวกของพระพุทธเจ้า ได้ให้สมญานามพระองค์ว่า ทรงเป็นนายแพทย์ผู้รักษาโรค ดัง

---

[๑๓] มงคล ณ.สงขลา, **หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ**, ฉบับวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙.

[๑๔] สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, **การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๕๑), หน้า ๒๐๔- ๒๐๕.

[๑๕] อวย เกตุสิงห์, "ร่างกายกับการออกกำลังกาย.", **วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และ สันทนาการ,** ๒ : ๑๙๐ ; เมษายน ๒๕๒๕), หน้า ๑๖๖.

ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนาว่า “มหาการุณิโก สตฺถา สพฺพโลกติกิจฺฉโก” แปลว่า “พระศาสดา ทรงมีพระกรุณาอย่างใหญ่หลวง ทรงเยียวยารักษาสัตว์โลกทั้งมวล”[๑๖]

ด้วยหลักธรรมเรื่องภาวนา ๔ มีความพ้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถสะท้อนถึงภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยได้ในทุกบริบท ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำหลักภาวนา ๔ และหลักธรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อนำไปบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานแบบองค์รวม เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ด้วยการนำมรดกสำคัญทางพระพุทธศาสนามาใช้ประโยชน์และเป็นการเผยแพร่ในวงกว้างและเป็นประโยชน์ต่อสังคมยิ่งขึ้น

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาระดับสภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

๑.๒.๓ เพื่อศึกษาความแตกต่างระดับสุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน

๑.๒.๔ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ

๑.๓ ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งมีขั้นตอนการศึกษาวิจัย โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงมีนาคม ๒๕๕๔ โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

๑.๓.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบการวิจัยไว้ดังนี้

---

[๑๖] ขุ.เถร.(บาลี) ๒๖/๗๒๒/๓๖๙, ขุ.เถร.(ไทย) ๒๖/๗๒๒/๔๖๒.

๑) ความแตกต่างของระดับสุขภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

๒) การรับรู้เรื่องภาวนา ๔ ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

๓) การพัฒนาชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วัดผลด้วยภาวนา ๔

๑.๓.๒ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

๑) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวานในระยะเวลา ๖ เดือน ระหว่างตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงมีนาคม ๒๕๕๔ จำนวน ๖๕๐ คน

๒) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงมีนาคม ๒๕๕๔ จากนั้นนำข้อมูลเหล่านี้นำมาวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973)[๑๗] สุ่มจำนวนตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่าง ๒๔๗ คน

. **๑.๓.๓ ขอบเขตด้านเวลา**

งานวิจัยนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๕๔

๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ

๑.๔.๑ หลักพุทธธรรมเรื่องภาวนา ๔ มีผลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างไร

๑.๔.๒ ระดับของการรับรู้ภาวนา ๔ในการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวานเป็นอย่างไร

๑.๔.๓ ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีผลต่อการรับรู้ภาวนา ๔ อย่างไร

---

[๑๗] Yamane, T., **Statistic: An Introductory Analysis**, 3 rd ed., (New York : Harper and Row, 1973), p. 888

๑.๕ สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ ๑ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีเพศต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๒ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีอายุต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๓ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีน้ำหนักต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๔ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีส่วนสูงต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๕ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๖ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีอาชีพต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๗ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๘ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน

๑.๖. คำจำกัดความของศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๑.๖.๑ สุขภาวะองค์รวม หมายถึง สุขภาพรวมกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำนิยามเดิม สภาวะที่มีการเชื่อมรวมกันของร่างกายและจิตใจ จึงรวมความหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทุก ๆ ทางเชื่อมโยงกัน สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง ๔ มิติ ซึ่งในที่นี้หมายถึง

๑. สุขภาวะทางกาย หมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

๒. สุขภาวะทางจิต หมายถึงจิตใจที่เป็นสุข ไม่เครียด มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ

๓. สุขภาวะทางสังคม หมายถึงการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีสันติภาพ

๔. สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึงความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อมที่แตกต่างกันของแต่ละคน

๑.๖.๒ องค์รวมแนวพุทธ หมายถึงปัจจัยสำคัญของชีวิต กายกับใจที่อาศัยประสานสัมพันธ์เป็นระบบเดียวกัน ไม่มีการแยก และรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมด้วย ในที่นี้หมายถึงภาวนา ๔

๑.๖.๓ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

๑.๗. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๗.๑ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาชีวิต ที่นำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

๑.๗.๒ ทำให้ทราบถึงการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

๑.๗.๓ ทำให้ทราบถึงความแตกต่างในเรื่องภาวนา ๔และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่องสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ๑) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน ๒) เพื่อศึกษาระดับสภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ๓) เพื่อศึกษาความแตกต่างระดับสุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน ๔)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุข๓วะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ

การศึกษาสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น ดังนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ
๒. โรคในพุทธศาสนา
๓. โรคเบาหวานในพระไตรปิฎก
๔. แนวคิดโรคเบาหวานทางการแพทย์
๕. การภาวนา ๔
๖. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชีวิต
๖. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๗. กรอบแนวคิดในการวิจัย

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

๒.๑.๑ ความหมาย สุขภาวะ

คำว่า “สุขภาพ” ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีคำกล่าวที่บ่งถึงภาวการณ์มีสุขภาพกายดี มีอยู่ ๒ คำ คือ คำว่า “อัปปาพาโธ” มีความเจ็บป่วยน้อย หรือ “อัปปาตังโก” มีโรคน้อย เช่น “ภิกษุ ในธรรมวินัยนี้... เป็นผู้มีอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง”[๑] “บุคคลในโลกนี้ ...เป็นผู้ไม่

[๑] ม.ม.(ไทย) ๑๓/๓๗๙/๔๖๔.

เบียดเบียนสัตว์ ... กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็จะเป็นผู้มีโรคน้อย”[๒] “ภิกษุทั้งหลาย องค์ของภิกษุ ผู้บำเพ็ญเพียรมี ๕ ประการ คือ...หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในสุคติสวรรค์ กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใดๆ เขาก็จะเป็นผู้มีอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง”[๓]

ภาวะความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ควบคู่กันไปเป็น ความหมายที่สมบูรณ์สูงสุดในพระพุทธศาสนา แม้ว่าจะมีโรคทางกายเกิดขึ้น ก็สามารถพัฒนาด้านจิตใจไว้ได้ เพราะมุ่งให้ความสำคัญทางด้านจิตใจเป็นพิเศษ ดังพุทธภาษิตที่ว่า “ใจเป็นผู้นำสรรพสิ่ง”[๔]

คำว่า “สุขภาพ” องค์การอนามัยโลก ปี ๒๔๙๑ ให้ความหมายว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน โดยไม่หมายเฉพาะแต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือพิการเท่านั้น

พระพุทธเจ้า ตรัสถึงความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายดี ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน ว่า เป็นช่วงเวลาที่เหมาะแก่การบำเพ็ญเพียรอย่างยิ่ง[๕] หากร่างกายเจ็บป่วยไม่อาจเยียวยาได้แล้ว พระองค์จะทรงมุ่งเน้นการเยียวยาทางด้านจิตใจเป็นหลัก ดังเรื่องที่ปรากฏว่า ครั้งหนึ่งมีภิกษุทุพพลภาพป่วยหนัก ระยะสุดท้าย พระพุทธเจ้าทรงเยียวยารักษาด้านจิตใจ ทรงมีพระดำรัสว่า “แม้ร่างกายจะเจ็บหนักแต่ยังสามารถพัฒนาให้ไปสู่การบรรลุธรรมได้”[๖]

ทัศนะเรื่องความเจ็บป่วยที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้ประการหนึ่ง ว่า “ร่างกายเป็นรังแห่งโรค”[๗] การที่ร่างกายเป็นฐานหรือที่ตั้งแห่งโรค ย่อมจะเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่มากก็น้อยเป็นธรรมดา อีกคำหนึ่ง คือ คำว่า “อโรคฺย” ไม่มีโรค ดังพุทธภาษิตว่า “อาโรคฺยปรมา ลาภา” แปลว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ[๘] คำว่า อโรคฺย อีกนัยหนึ่งหมายถึงภาวการณ์ปราศจากโรคทางจิตเพียงอย่างเดียว ดังพุทธพจน์ที่ว่า ผู้ที่ปราศจากโรคทางกายเป็นเวลานานๆ หรือไม่มีโรคทางกายปรากฏอยู่เลยนั้นพอหาได้ แต่คนที่ไม่มีโรคทางใจแม้เพียงชั่วขณะหนึ่งนี้หายาก ยกเว้นพระอรหันต์ผู้หมดกิเลสแล้วเท่านั้น[๙]

พระพรหมคุณาภรณ์[๑๐] (ป.อ.ปยุตฺโต) อธิบายว่า “สุขภาวะ” หรือ “สุขภาพ” เป็นคำเดียวกันในภาษาบาลี แต่ภาษาไทยแผลง “ว” เป็น “พ” เป็นคำว่า “สุขภาพ” เมื่อความหมาย

---

[๒] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๓๑๗/๓๐๖-๓๐๗, ม.ม. (ไทย) ๑๓/ ๑๓๔/๑๕๐, ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๒๙๑/๓๕๑.

[๓] องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๕๓-๕๔/๙๒-๙๓.

[๔] ขุ.ธ.(ไทย) ๒๕/๑/๒๓.

[๕] องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๕๓-๕๔/๙๒-๙๓.

[๖] องฺ.ปญฺจก. (ไทย) ๒๒/๑๒๑/๒๐๑.

[๗] ขุ.ธ.(ไทย) ๒๕/๑๔๘/๗๘, ขุ. อป. (ไทย) ๓๓/๑๕๕/๔๐๘.

[๘] ม.ม.(ไทย) ๑๓/๒๑๕-๒๑๖/๒๕๔-๒๕๕.

[๙] องฺ.จตุกฺก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

[๑๐] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), “สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ”, **พุทธจักร,** ปีที่ ๕๙ ฉบับที่ ๑๑ (พฤศจิกายน ๒๕๔๘), หน้า ๕–๑๐.

ของสุขภาพคือสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา จึงสื่อความหมายใกล้ความสุข ภาวะที่ปลอดทุกข์ เป็นสุข เป็นภาวะที่สมบูรณ์ คำสมัยใหม่เรียกว่า “องค์รวม” ความสุขแนวพุทธหรือสุขภาพแนวพุทธ ประกอบด้วยลักษณะที่เป็นวิชชา (ความสว่างผ่องใส) วิมุตติ (ความหลุดพ้นเป็นอิสระ) วิสุทธิ (ความหมดจด ไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง) สันติ (ความสงบไม่ร้อนรนกระวนกระวาย) ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นความดีงามของชีวิต

นับเป็นเวลาประมาณ ๕๐ ปีที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งเรียกโดยย่อว่า WHO ได้ให้บทนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “สุขภาพ คือความสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น” ความหมายของคำว่าสุขภาพดังกล่าวนี้ใช้กันแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงการแพทย์และสาธารณสุข ต่อมาผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกหลายคนมีความเห็นว่าบทนิยามที่ได้ให้ไว้ยังขาดความสมบูรณ์ น่าจะมีการเพิ่มองค์ประกอบทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วยดังนั้นคำจำกัดความของสุขภาพขององค์การอนามัยโลก คำว่า “สุขภาพ” หรือ Health จึงหมายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ ใช้คำว่า **“**Complete Well-being**”** ทางกาย (Physical) ทางจิต (Mental) ทางสังคม (Social) และทางจิตวิญญาณ (Spiritual) ฉะนั้นคำจำกัดความดังกล่าวเป็นคำนิยามที่ลึกที่สุดกว้างที่สุด ครอบคลุมทุกอย่างทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องโรค เรื่องโรงพยาบาล หรือเรื่องยาเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ครอบคลุมไปทั้งหมด[๑๑]

กล่าวโดยสรุป ความหมาย สุขภาวะ เป็นการดูแลรักษา การป้องกัน และการเยียวยา ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ มนุษย์ทุกคนจำต้องปฏิบัติประยุกต์ใช้หลักธรรมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล การป้องกันและการเยียวยา ชีวิต โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหนัก มีความหวังที่จะดูแลรักษาใจซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เพื่อผู้ป่วยสามารถประคองจิตที่ดีของตนได้ตลอดไป จนกว่าจะสิ้นชีวิต หรือหากประคองจิตได้ถึงขั้นสูงสุด คือ การบรรลุธรรมได้พร้อมกับการสิ้นชีวิต ที่พระพุทธศาสนาเรียกว่า “ชีวิตสมสีสี” ถือว่าเป็นการบรรลุ เป้าหมายชีวิตในโอกาสสุดท้ายที่สูงสุด

๒.๑.๒ พุทธวิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

พุทธวิธีดูแลรักษาและเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

หลักฐานในคัมภีร์พระไตรปิฎกหลายแห่ง ระบุถึงความมีสุขภาพอนามัยของพระพุทธเจ้าไว้หลายประการ เช่น บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน คือ เวลาเช้าเสด็จ

---

[๑๑] ประเวศ วะสี, **การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพและความสุข**, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ๒๕๔๘), หน้า ๑๓.

บิณฑบาตเพื่อโปรดสัตว์ เวลาเย็นทรงแสดงธรรม เวลาค่ำทรงประทานโอวาทแก่เหล่าภิกษุ และจวนสว่างทรงตรวจพิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุธรรมอันควรจะเสด็จไปโปรด[๑๒] พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี แม้จะทรงมีพระชนมายุถึง ๘๐ พรรษา[๑๓] ๖๐ แล้วก็ตาม ดังที่ตรัสยืนยันว่า พระองค์เป็นคนแก่ชราแม้ว่าจะทรงเจ็บป่วยอย่างหนัก ก็ไม่ทำให้พระองค์หลงลืมสติ และปัญญา[๑๔] พระองค์เสด็จด้วยพระบาทจาริกไปเผยแผ่ธรรมตามที่ต่าง ๆ จนช่วงสุดท้ายแห่งชีวิต ขณะที่พระองค์ทรงประชวรหนัก ด้วยโลหิตปักขันทิกาพาธ (ถ่ายเป็นพระโลหิต) ยังทรงสามารถเดินทางไกล จากเมืองปาวาสู่เมืองกุสินาราอันเป็นสถานที่ปรินิพพานได้ [๑๕]

บุคคลที่ใกล้ชิดพระพุทธเจ้า กล่าวขานถึงพระองค์ว่า ทรงเป็นผู้มีพระโรคาพาธน้อย ทรงกระปรี้กระเปร่า มีพระพลานามัยสมบูรณ์ อยู่สำราญดี[๑๖] พระองค์ตรัสกับพราหมณ์ผู้หนึ่ง ถึงความเป็นอยู่ของพระองค์ไว้ว่า

พราหมณ์ เราอาศัยหมู่บ้านหรือตำบลใดในโลกนี้อยู่ ในเวลาเช้า เราครองอันตรวาสก ถือบาตรจีวร เข้าไปสู่หมู่บ้านหรือตำบลนั้นแลเพื่อบิณฑบาต กลับจากบิณฑบาต หลังจากฉันเสร็จแล้วเข้าไปสู่ชายป่า กวาดหญ้าหรือใบไม้ที่มีอยู่ในที่นั้นรวมเป็นกองแล้วนั่งขัดสมาธิ ตั้งกายตรงดำรงสติมั่นไว้ สงัดจากกาม และอกุศลธรรมแล้ว บรรลุปฐมฌาน....บรรลุ ทุติยฌาน.... บรรลุตติยฌาน....บรรลุจตุตถฌานที่ไม่มีทุกข์ไม่มีสุข มีสติบริบูรณ์ เพราะอุเบกขาอยู่ [๑๗]

ข้อวัตรปฏิบัติของพระพุทธเจ้าจากพุทธพจน์ได้ ดังนี้

การบริโภคอาหาร พระองค์ ฉันอาหารมื้อเดียวนอกจากจะทรงถือหลักในการฉันอาหารมื้อเดียวตลอดชีวิตพรหมจรรย์แล้ว พระองค์ยังทรงพร่ำสอนและแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ฉันอาหารมื้อเดียวด้วย ดังพุทธพจน์ว่า “ตถาคตฉันมื้อเดียว ไม่ฉันในเวลาวิกาล พระองค์รู้สึกว่ากระปรี้กระเปร่าทำให้มีโรคน้อย ภิกษุทั้งหลาย มาเถิด แม้เธอทั้งหลาย ก็จงฉันอาหารมื้อเดียวเถิด เธอทั้งหลายฉันอาหารมื้อเดียว จักรู้สึกว่า มีโรคน้อย” [๑๘]

พิจารณาอาหารก่อนฉัน ดังพุทธพจน์ว่า..

ภิกษุในธรรมวินัยนี้ พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันบิณฑบาต ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อมัวเมา ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง ไม่ใช่เพื่อประดับประดา แต่เพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้

---

[๑๒] ที.สี.อ.(บาลี) ๑/๖๑ และดูเพิ่มเติมใน พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์**, (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓), หน้า ๑๘๙.

[๑๓] ที.ม.(ไทย) ๑๐/๑๖๕/๑๑๐.

[๑๔] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๑๖๑/๑๖๔-๕.

[๑๕] ที.ม.(ไทย) ๑๐/๑๘๙/๑๓๗-๑๔๗.

[๑๖] ที.ม.(ไทย) ๑๐/๑๓๒/๗๗, สำ.ม.(ไทย) ๑๙/๑๐, ๔๘/๕๗๑.

[๑๗] องฺ.เอกก.(ไทย) ๒๐/๖๔/๒๕๐.

[๑๘] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๒๒๕/๒๓๖, ม.ม.(ไทย) ๑๓/๑๓๔, ๑๗๔/๑๕๐.

เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไปได้ เพื่อบำบัดความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยความคิดเห็นว่า โดยอุบายนี้ เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสีย และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา แล้วจึงบริโภคอาหาร[๑๙]

พระพุทธเจ้าทรงมีเป้าหมายในการบริโภค ที่ประกอบด้วยองค์ธรรม ๑๐ ประการ คือ

๑. ทรงมีสติและรู้ประมาณในการบริโภค

๒. ทรงบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกาย

๓. ทรงพิจารณาอาหารว่ามีลักษณะเป็นเพียงธาตุชนิดหนึ่ง

๔. ไม่บริโภคเพื่อเล่นสนุกสนานเพลิดเพลิน

๕. ไม่บริโภคเพื่อความเมามัน

๖. ไม่บริโภคเพื่อประดับ

๗. ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง

๘. บริโภคเพื่อยังพระชนม์ชีพ

๙. บริโภคเพื่อป้องกันความลำบาก

๑๐. บริโภคเพื่ออนุเคราะห์แก่การประพฤติพรหมจรรย์

ทรงเลือกพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกายเท่านั้น ดังที่ทรงห้ามภิกษุดื่มสุราและเมรัย เพราะเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรค[๒๐] มีสติในการฉันอาหาร พระองค์ตรัสแนะนำพระเจ้าปเสนทิโกศลและภิกษุทั้งหลายให้เป็นผู้มีสติในการบริโภค ดังพุทธพจน์ว่า “...มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้ประมาณในการบริโภคที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุยั่งยืน” [๒๑] “เราทั้งหลาย จักเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ทำความรู้สึกตัวในการก้าวไป .....การฉัน การดื่ม การเคี้ยว การลิ้ม” [๒๒] รู้ประมาณในการฉัน ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุในธรรมวินัยนี้ พิจารณาโดยแยบคายว่า เราบริโภคอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น เพื่อความมัวเมา เพื่อประเทืองผิว และเพื่อความอ้วนพี แต่เพื่อกายนี้ดำรงอยู่ การพิจารณาในการบริโภค นี้เรียกว่า ความเป็นผู้รู้ประมาณในการบริโภค”[๒๓]

กล่าวโดยสรุป ในพระไตรปิฎกระบุถึงความมีสุขภาพอนามัยดีของพระพุทธเจ้าไว้หลายประการ ได้แก่ บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน สติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี มีโรคน้อย

---

[๑๙] ม.มู.(ไท ย) ๑๒/๒๓/๒๓.

[๒๐] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๒๔๗/๒๐๒-๒๐๓.

[๒๑] สำ.ส.(ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕-๑๔๖.

[๒๒] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๔๒๔/๔๕๗.

[๒๓] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๔๒๒/๔๕๖, อภิ.วิ.(ไทย) ๓๕/๕๑๘/๓๙๑.

มีเป้าหมายในการบริโภค มีสติพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ รู้ประมาณในการบริโภคและห้ามดื่มสุราและเมรัย ทำให้มีพระพลานามัยสมบูรณ์

๒.๑.๓ พุทธวิธีบำบัดรักษาโรคด้วยพระธรรมโอสถ

พระพุทธเจ้าทรงนำพระธรรมโอสถ มาบำบัดรักษาโรคให้กับภิกษุสงฆ์และคฤหัสถ์ จะนำมากล่าวพอสังเขปดังนี้

พระพุทธเจ้า ประทับ ณ พระเวฬุวันวิหาร ทรงประชวรหนักได้รับทุกขเวทนาแรงกล้า ครั้งนั้น พระมหาจุนทะ สวดสาธยายโพชฌงค์ ๗ ให้พระองค์ฟัง พระองค์พิจารณาตามธรรมนั้นไปด้วย ครั้นพระมหาจุนทะแสดงธรรมจบลง ก็ทรงหายจากพระประชวร พระองค์ตรัสกับพระมหาจุนทะว่า “จุนทะ โพชฌงค์ดีนัก จุนทะ โพชฌงค์ดีนัก”[๒๔]

พระพุทธเจ้าทรงแนะนำหลักทั่วไปในการแก้ความคิด ความดำริที่เป็นอกุศล ดังนี้

๑. โรคโลภะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักพอ รู้จักการถือสันโดษและรู้จักการให้ทาน[๒๕]

๒. โรคโทสะ ทรงสอนให้เป็นผู้มีความเมตตากรุณา มุทิตา และรู้จักการให้อภัย[๒๖]

๓. โรคโมหะ ทรงสอนให้เป็นผู้รู้จักการศึกษา (สุตะ) การเจริญสติสัมปชัญญะและการหมั่นเจริญภาวนา[๒๗]

กรณีตัวอย่างการดูแลรักษาที่ปรากฏในคัมภีร์ พระไตรปิฎก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีที่ ๑ พระพุทธองค์พระบาทห้อพระโลหิต

ครั้งหนึ่ง พระเทวทัตกลิ้งก้อนหิน ลงจากยอดเขาคิชฌกูฏ หมายใจจักให้หินทับพระพุทธองค์ขณะประทับอยู่เชิงเขา สะเก็ดหินแตกจากก้อนหินใหญ่ ตกลงมากระทบพระบาทของพระพุทธเจ้าจนห้อพระโลหิต ภิกษุทั้งหลายนำเสด็จไปประทับยังชีวกัมพวนารามเมื่อหมอชีวกโกมารภัจ ตรวจพระอาการ ถวายการรักษาและถวายพระโอสถปรุงด้วยเครื่องยาสรรพคุณแรงทาทั่วบริเวณพระบาท พระอาการห้อพระโลหิตหาย บาดแผลหายสนิท[๒๘]

กรณีที่ ๒ พระสารีบุตรเป็นโรคไข้ตัวร้อน

เมื่อพระสารีบุตรป่วยด้วยโรคไข้ตัวร้อน พระมหาโมคคัลลานะได้ถามว่า ก่อนนี้ท่านฉันอะไรจึงหายจากโรค พระสารีบุตรตอบว่า รักษาหายด้วยรากบัวและเง่าบัว ดังนั้นพระมหาโมคคัลลานะจึงไป ณ ริมฝั่งสระโบกขรณีมันทา โดยมีช้างเชือกหนึ่งได้มากราบทูลถามว่าท่าน

---

[๒๔] สำ.ม.(ไทย) ๑๙/๑๙๗/๑๓๐-๑๓๑.

[๒๕] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๘๓-๘๖/๗๒-๗๘,

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

[๒๗] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๘๓-๘๖/๗๒-๗๘,

[๒๘] วิ.จู.(ไทย) ๗/๓๔๑/๑๙๑-๑๙๕.

ประสงค์สิ่งใด พระมหาโมคคัลลานะตอบว่า ฉันประสงค์เง่าบัวและรากบัว เมื่อทราบดังนั้น ช้างเชือกนี้จึงสั่งช้างอีกเชือกหนึ่งทันทีให้ถวายเง่าบัวและรากบัว ช้างเชือกที่ถูกใช้นั้นลงสู่สระโบกขรณีมันทากินีใช้งวงถอนเหง้าบัวและรากบัวล้างน้ำให้สะอาด มัวนเป็นห่อเข้าไปหาพระมหาโมคคัลลานะ เมื่อได้สิ่งดังประสงค์ พระมหาโมคคัลลานะน้อมเง่าบัวและรากบัวเข้าไปถวายพระสารีบุตร เมื่อพระสารีบุตรฉันเง่าบัวและรากบัวแล้ว โรคไข้ตัวร้อนก็หายทันที[๒๙]

กรณีที่ ๓ พระมหาโมคคัลลานะ อาพาธหนัก อยู่ ณ ภูเขาคิชฌกูฏ

ครั้งนั้น พระผู้มีพระภาค-เจ้าเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก พระองค์ทรงแสดงธรรม “โพชฌงค์ ๗” ให้พระมหาโมคคัลลานะฟัง พระมหาโมคคัลลานะน้อมจิตพิจารณาตามไปด้วย ครั้นทรงแสดงธรรมจบลง พระโมคคัลลานะก็หายจากอาพาธ และอาพาธนั้นพระมหาโมคคัลลานะละได้แล้ว[๓๐]

ปัจจุบันพุทธบริษัทที่ศึกษาธรรม นิยมนิมนต์พระมาสวดโพชฌงค์ ๗ ให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อมุ่งหวังส่งเสริมกำลังใจ และให้หายจากโรค

กรณีที่ ๔ พระคิริมานนท์อาพาธหนัก

พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงทราบแล้ว ทรงมอบให้พระอานนท์ไปเยี่ยมแทน พร้อมกับโปรดให้พระอานนท์นำสัญญา ๑๐ ไปสวดสาธยายให้พระคิริมานนท์ฟัง พระคิริมานนท์ฟังธรรมนี้แล้ว อาพาธหนักนั้นก็สงบระงับในทันที[๓๑]

กรณีที่ ๕ พระอนุรุทธะ อาพาธหนัก อยู่ ณ ป่าอันธวัน เขตกรุงสาวัตถี

ครั้งนั้นภิกษุจำนวนหนึ่งไปเยี่ยมถึงที่พัก เห็นพระอนุรุทธะได้รับทุกขเวทนาอย่างรุนแรงแต่ไม่ได้แสดงอาการทุรนทุราย จึงถามถึงหลักธรรมที่ใช้อยู่ในขณะนั้นพระอนุรุทธะตอบว่าท่านมีจิตตั้งมั่นอยู่ใน “สติปัฏฐาน ๔” ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดขึ้น จึงไม่สามารถครอบงำจิตท่านได้”[๓๒]

กรณีที่ ๖ พระมหากัสสปะ อาพาธเป็นไข้หนักอยู่ที่ถ้ำปิปผลิคูหา

พระพุทธองค์ทรงเสด็จไปเยี่ยมและตรัสพระดำรัสนี้ว่า “กัสสปะ เธอพอทนได้หรือพอยังอัตภาพให้เป็นไปได้หรือ ทุกขเวทนาสร่างลง ไม่กำเริบหรือที่สุดของความสร่างทุกขเวทนาปรากฏ ความกำเริบไม่ปรากฏ หรือพระมหากัสสปะทูลว่า “ข้าพระองค์ทนไม่ได้ ยังอัตภาพให้เป็นไปไม่ได้ พระเจ้าข้า ข้าพระองค์มีทุกขเวทนาอย่างแรงกล้า ยังกำเริบ ไม่สร่างลง พระเจ้าข้า ความสิ้นสุดแห่งความกำเริบยังปรากฏ ความสร่างลงไม่ปรากฏ พระเจ้าข้า”พระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสว่า กัสสปะ โพชฌงค์ ๗ เหล่านี้ เรากล่าวชอบแล้ว อบรมแล้วทำให้มากแล้ว

---

[๒๙] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๗.

[๓๐] สำ.ม.(ไทย) ๑๙/๑๙๖/๑๒๙-๑๓๐.

[๓๑] องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๘-๑๓๑.

[๓๒] สำ.ม.(ไทย) ๑๙/๙๐๘/๔๔๐-๔๔๑.

ย่อมเป็นไปเพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อตรัสรู้ เพื่อนิพพาน โพชฌงค์ ๗ อะไรบ้าง ดูก่อนกัสสปะ คือ สติสัมโพชฌงค์ ธัมมวิจยสัมโพชฌงค์ วิริยสัมโพชฌงค์ ปีติสัมโพชฌงค์ ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ สมาธิสัมโพชฌงค์ อุเบกขาสัมโพชฌงค์ เรากล่าวไว้ชอบแล้ว อันบุคคลเจริญแล้วกระทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความรู้ยิ่ง เพื่อความตรัสรู้เพื่อนิพพาน” เมื่อจบลงท่านมหากัสสปะก็ปลื้มใจว่า โพชฌงค์ดีนัก จากนั้นหายจากอาพาธทันที[๓๓]

กรณีที่ ๗ พระวักกลิเถระได้รักษาโรคลมด้วยตนเอง

ครั้งหนึ่งพระพุทธองค์ตรัสถามพระวักกลิเถระว่า “ขณะที่อยู่ในป่าใหญ่ ซึ่งไม่มีสิ่งอันใดอันจะรบกวนใจให้เศร้าหมอง หากเธอป่วยเป็นโรคลม จะทำอย่างไร พระวักกลิเถระกราบทูลว่า “ข้าพระองค์จะยังปีติและความสุขอันไพบูลย์ให้แผ่ไปสู่ร่างกาย ครอบงำปัจจัยอันเศร้าหมองอยู่ในป่าใหญ่ จักเจริญสติปัฏฐาน ๔ อินทรีย์ ๕ พละ ๕ และโพชฌงค์ ๗ อยู่ในป่าใหญ่เพราะได้เห็นภิกษุทั้งหลาย ผู้ปรารภความเพียร มีใจเด็ดเดี่ยว มีความบากบั่นมั่นเป็นนิตย์ มีความพร้อมเพรียงกัน มีความเห็นร่วมกัน ข้าพระองค์จึงจักอยู่ในป่าใหญ่ เมื่อข้าพระองค์ระลึกถึงพระพุทธเจ้าผู้มีพระองค์อันฝึกแล้ว มีพระหฤทัยตั้งมั่น จึงเป็นผู้ไม่เกียจคร้านตลอดทั้งกลางคืนและกลางวันอยู่ในป่าใหญ่”[๓๔]

กรณีที่ ๘ พระอัสสชิ อาพาธหนัก

ครั้งนั้นพระผู้มีพระภาคเจ้าทรงเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก ทรงทราบว่า พระอัสสชิมีความทุรนทุรายเพราะคิดว่าตนนั้นเสื่อมจากสมาธิ พระองค์ตรัสบอกอย่าได้ยึดถือสมาธินั้นเลย หากมีศีลบริสุทธิ์ดีแล้วไม่ควรที่จะทุรนทุรายอะไรอีก ตรัสสอนให้พิจารณาเรื่องขันธ์ ๕ ว่าไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ทรงสอนให้พิจารณากำหนดรู้ชัดเวทนา ๓ อย่าง คือ สุข ทุกข์ ไม่สุขไม่ทุกข์ ล้วนแต่ไม่เที่ยง ไม่น่าหมกมุ่น ไม่น่าเพลิดเพลิน หลังจากตายไป ก็ให้กำหนดรู้ชัดในอาการเช่นนี้[๓๕]

กรณีที่ ๙ ธนัญชานิพราหมณ์ ป่วยหนัก

ธนัญชานิพราหมณ์ จึงให้คนไปนิมนต์พระสารีบุตรให้โปรดอนุเคราะห์มาเยี่ยมด้วย พระสารีบุตรได้ไปเยี่ยมถึงที่บ้าน ทราบว่าธนัญชานิพราหมณ์มีจิตอยากไปสู่พรหมโลก จึงได้แสดงธรรมว่าด้วยพรหมวิหาร ๔ อันเป็นหนทางไปสู่พรหมโลก ระหว่างฟังธรรมจิตของ ธนัญชานิพราหมณ์น้อมพิจารณาตาม มีความประสงค์จะไปเกิดในพรหมโลก หลังจากนั้นไม่นานธนัญชานิพราหมณ์ ก็สิ้นชีวิตลง หลังจากตายแล้วได้ไปสู่พรหมโลกตามที่จิตมุ่งหมายไว้[๓๖]

กรณีที่ ๑๐ คหบดีผู้สูงวัยชื่อ นกุลปิตา ถูกโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน

---

[๓๓] สำ.ม.(ไทย) ๑๙/๑๙๕/๑๒๘.

[๓๔] ขุ.เถร.(ไทย) ๒๖/๓๕๒-๒๕๓/๓๙๘-๓๙๙.

[๓๕] สำ.ข.(ไทย) ๑๗/๘๘/๑๖๓-๑๖๖.

[๓๖] ม.ม.(ไทย) ๑๓/๔๔๙-๔๕๓/๕๖๘-๕๗๒.

คหบดีผู้สูงวัยชื่อ นกุลปิตา ถูกโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน อยู่เสมอได้รับทุกขเวทนาอย่างหนัก เกิดความทุกข์ใจ รำคาญใจอย่างยิ่ง ครั้นมีโอกาสเข้าเฝ้าพระพุทธเจ้า จึงได้กราบทูลขอพร ถึงวิธีการแก้ไขเยียวยารักษาโรคที่เป็นอยู่ พระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสบอกนกุลปิตาไปดังนี้ว่า พึงตั้งใจไว้อยู่เสมอว่า ถึงแม้กายจะกระสับกระส่าย แต่จิตจักไม่กระสับกระส่ายตามไปด้วย ท่านได้ฟังอมตะธรรมนั้นแล้วก็เกิดความยินดี มีอินทรีย์ผ่องใสและสีหน้าบริสุทธิ์ผุดผ่องขึ้นทันที[๓๗]

กรณีที่ ๑๑ อนาถปิณฑิกคหบดี แห่งกรุงสาวัตถี ป่วยหนัก

ครั้งนั้นพระสารีบุตรและพระอานนท์ไปเยี่ยมที่บ้าน จากนั้นจึงแสดงธรรมให้พิจารณาเห็นว่า อายตนะภายนอก ๖ อายตนะภายใน ๖ วิญญาณ ๖ สัมผัส ๖ เวทนา ๖ ธาตุ ๖ ขันธ์ ๕ อรูปฌาน ๔ โลกนี้ โลกหน้า และอารมณ์ที่รับรู้ทางอายตนะ ๖ เป็นสิ่งที่ไม่ควรยึดมั่นถือมั่น อนาถปิณฑิกคหบดี เกิดปีติซาบซึ้งในธรรมถึงกับร้องไห้ เนื่องจากได้ฟังธรรมที่ละเอียดประณีตลึกซึ้ง จากนั้นได้กล่าวขอร้องให้มีการแสดงธรรมชั้นสูงที่ละเอียดลึกซึ้งเช่นนี้แก่คฤหัสถ์อื่นๆ ได้รับฟังต่อไป เพราะบุคคลผู้ฉลาดมีปัญญารู้ธรรมและเข้าใจได้ ยังมีอยู่มาก อนาถปิณฑิกคหบดีสิ้นชีวิตลงอย่างสงบ ได้ไปเกิดในเทวโลกชั้นดุสิต[๓๘]

กรณีที่ ๑๒ บุตรเศรษฐีคนหนึ่ง ป่วยเป็นโรค

บุตรเศรษฐีคนหนึ่งอยู่เมืองพาราณสี ป่วยเป็นโรคเนื้องอกในลำไส้ อาหารไม่ย่อย อุจจาระและปัสสาวะไม่สะดวก ทำให้ซูบผอม เศร้าหมอง มีผิวพรรณซูบซีดเหลือง เมื่อหมอชีวกโกมารภัจจ์เดินทางไปยังนครพาราณสีได้เข้าเยี่ยมตรวจดูอาการ ให้คนทั้งหมดออกไปภายนอก ยกเว้นภรรยาของบุตรเศรษฐีนั้น ให้ยืนอยู่ในที่เฉพาะหน้า จากนั้นหมอชีวกทำการผ่าตัดหนังหน้าท้อง นำลำไส้ออกแสดงให้ภรรยาดูว่า “สามีของเธอไม่สบาย เพราะโรคเนื้องอกนี้เอง ทำให้ข้าวยาคูหรือข้าวสวยไม่สามารถจะย่อยได้ อุจจาระหรือปัสสาวะก็ไม่สะดวก เมื่อตัดเนื้องอกออกแล้วก็สอดลำไส้เข้าตามเดิม เย็บที่ผ่าแล้ว ทายาสมานแผลให้ ต่อมาไม่นานนัก บุตรเศรษฐีก็หายเป็นปกติ”[๓๙]

สุดท้ายของชีวิต ชรา คือ ความแก่ ความคร่ำคร่า ความมีฟันหลุด ความมีผมหงอก ความมีหนังเหี่ยวย่น ความเสื่อมอายุ....เพราะชาติเกิดชราและมรณะจึงเกิด เพราะชาติดับชราและมรณะจึงดับ อริยมรรคมีองค์ ๘ นี้เท่านั้นคือ สัมมาทิฏฐิ ...ชื่อว่าเป็นปฏิปทาให้ถึงความดับแห่งชราและ มรณะ[๔๐]

---

[๓๗] สำ.ข.(ไทย) ๑๗/๑/๑-๓.

[๓๘] ม.อุ.(ไทย) ๑๔/๓๘๓/๔๓๓-๔๔๑.

[๓๙] วิ.ม.(ไทย) ๕/๓๓๓/๑๘๙-๑๙๐.

[๔๐] สำ.นิ.(ไทย) ๑๖/๒๗/๕๓.

กล่าวโดยสรุป การดูแลรักษาตามที่ปรากฏในพระคัมภีร์ มีทั้งกรณีที่เป็นโรคทางกายและโรคทางใจ การรักษาทางกาย เช่น พระบาทห้อพระโลหิตใช้ยาทา โรคไข้ตัวร้อนฉันรากบัว เง้าบัว การผ่าตัดเนื้องอก การรักษาทางใจ เช่น การแยกกายกับจิตเมื่อเจ็บป่วย การฟังบทสวดโพชฌงค์ ๗ สัญญา ๑๐ เสริมกำลังใจ ใช้การกำหนดรู้สติปัฏฐาน ๔ ใช้การกำหนดสติรู้เวทนาเข้าสู่โพชฌงค์ ๗ ประกอบด้วยสติสัมโพชฌงค์ ธัมมวิจยสัมโพชฌงค์ วิริยสัมโพชฌงค์ ปีติสัมโพชฌงค์ ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ สมาธิสัมโพชฌงค์ และอุเบกขาสัมโพชฌงค์ ใช้สมาธิพิจารณาเรื่องขันธ์ ๕ ว่าไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา ฟังพรหมวิหาร ๔ อันเป็นหนทางไปสู่พรหมโลก

๒.๑.๔ ทฤษฎีสุขภาพองค์รวม (Holistic Health)

พระพรหมคุณาภรณ์ [๔๑] (ป.อ.ปยุตโต) ได้กล่าวถึงสุขภาวะองค์รวมของชีวิตจะมีสุขภาวะได้ ต้องบริหารใจให้มีภาวะจิตด้านบวก สุขภาวะที่แท้ต้องเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต องค์รวมของชีวิตที่มีสุขภาวะต้องเป็นอย่างไร กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร สุขภาวะจะสำเร็จได้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่าง ๆ ของจิตใจดำเนินไปได้ โดยปัญญาให้แสงสว่าง ส่องทาง ชี้ทางให้ หลักการพัฒนามนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา ๔ การพัฒนาแบบองค์รวมจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาวะโดยตรง

พระมหาจรรยา สุทฺธิญาโณ[๔๒] ได้เขียนหนังสือเรื่อง “พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม” โดยมุ่งศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยศึกษาจากประวัติการดูแลสุขภาพของพระพุทธเจ้า การดูแลสุขภาพของพระสาวก และบทบาทของพระพุทธเจ้าและพระสาวกกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนหลักพุทธธรรมเพื่อการดูแลรักษาจิต ตัวยาที่ใช้รักษาทางกายและอิทธิพลของพระพุทธศาสนาที่มีต่อแพทย์แผนไทย

พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี[๔๓] ได้สรุปลักษณะสำคัญของการแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย ครอบครัว การงาน ชีวิตทางสังคม การออกกำลังกาย อาหาร ภาวะทางจิตใจและ

---

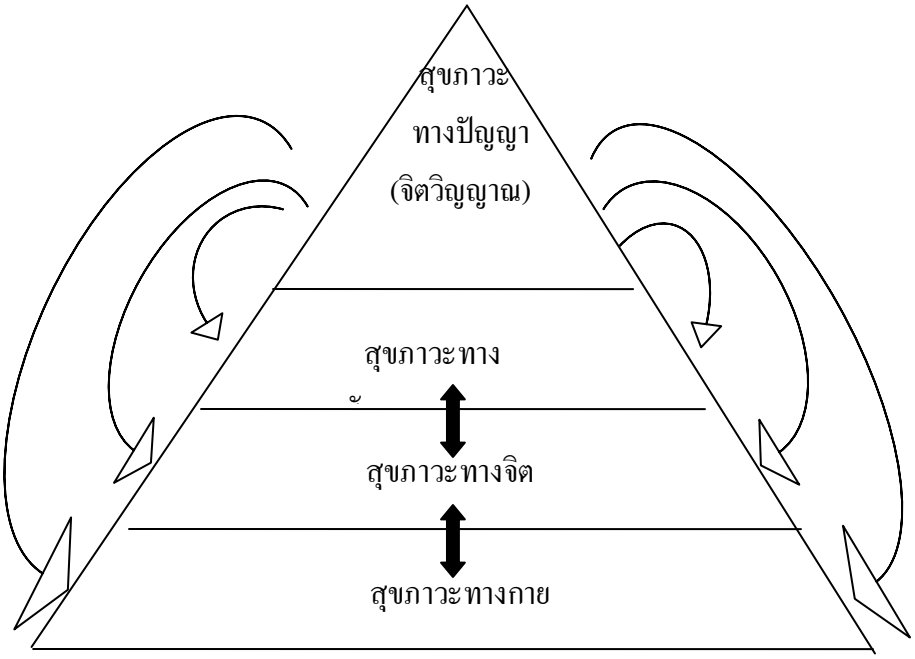
[๔๑] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**, พิมพ์ครั้งที่ ๖ (กรุงเทพมหานคร : บริษัทสหพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๑), หน้า ๖-๘.

[๔๒] พระมหาจรรยา สุทฺธิญาโณ, **พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม,** พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๔), หน้า ๕-๑๑๕.

[๔๓] พระไพศาล วิสาโล, **แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง,** (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙), หน้า ๓๔.

อารมณ์ การกระจายอำนาจการรักษา พยายามที่จะให้อำนาจและสมรรถภาพในการรักษาแพร่หลายสู่ทุกคน เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย อาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่าการสัมผัสความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา เน้นมนุษยธรรม คำนึงถึงคุณภาพชีวิตมากกว่าสนใจการขยายตัวของโรงพยาบาล ตระหนักถึงสมดุลทางนิเวศวิทยา สนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเองมากกว่าใช้ยาหรือสารแปลกปลอม เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม

พระไพศาล วิสาโล ให้ทรรศนะในการพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคลและสังคมที่เน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความผาสุกทั้งในร่างกาย จิตใจ สังคมและธรรมชาติ โดยให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมว่า “การคิดแบบองค์รวม” เป็นการเชื่อมโยงชีวิตของผู้คนกับสังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา จึงควรปรับทรรศนะเรื่องสุขภาพทั้งหมดของประชาชนและสาธารณะรวมถึงศึกษาวิจัยการแพทย์พหุลักษณ์ทุก ๆ ด้านโดยเน้นความเข้าใจวิธีคิดของประชาชน จึงเป็นการศึกษาระบบคิดหรือศึกษาวัฒนธรรมในทรรศนะคุณค่าของวัฒนธรรมท้องถิ่นกับการพัฒนาที่มีเป้าหมายให้เกิดความหลากหลายที่บูรณาการขึ้นเป็นการเปิดคุณค่าให้สังคมมีทางออก ดังนั้นสุขภาพองค์รวมจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องวัฒนธรรมความหลากหลายของท้องถิ่น การส่งเสริมให้มีองค์กรชุมชนเพื่อให้ชุมชนเป็นตัวของตัวเองสามารถพัฒนาเศรษฐกิจ จิตใจ วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่สามารถพึ่งตนเองได้ส่งเสริมการจัดตั้งสถานบำบัดธรรมชาติ เช่น เกษตรผสมผสาน เกษตรไร้สารเคมี ทำให้ได้สัมผัสธรรมชาติ



แผนภูมิภาพ ๒.๑

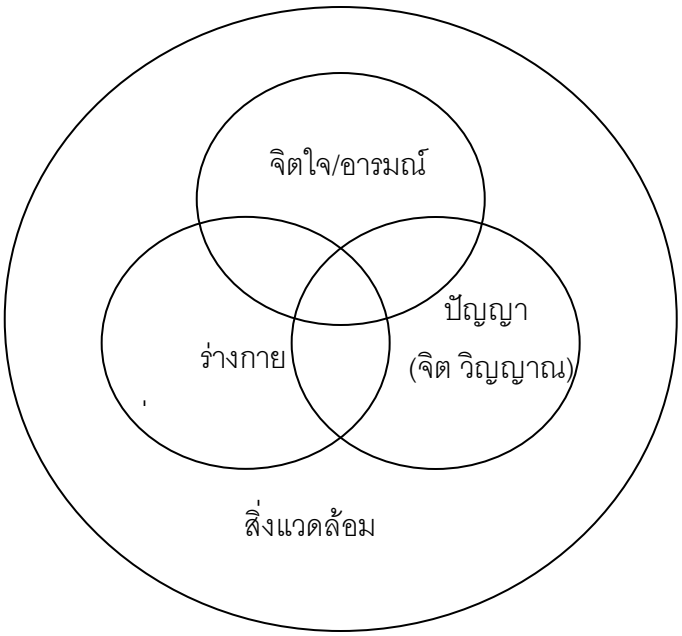
ที่มา :แสดงสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา (ทางจิตวิญญาณ)[๔๔]

แนวคิดแบบองค์รวมเป็นหลักการที่ยอมรับทั้งในกลุ่มมานุษยวิทยา วัฒนธรรม ตะวันตกและหลักทางศาสนา แนวคิดแบบองค์รวมคือการตระหนักและให้ความสำคัญของความเกี่ยวพันที่กลมกลืนแยกออกจากกันไม่ได้ของร่างกาย จิตใจ ปัญญา (จิตวิญญาณ) และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล[๔๕]

---

[๔๔] พระไพศาล วิสาโล, **แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง,** (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙), หน้า ๓๔.

[๔๕] จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล,** (นนทบุรี : บริษัทธนาเพรส จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๓ - ๑๕.



แผนภูมิภาพ ๒.๒

ที่มา : แสดงความเกี่ยวพันขององค์รวม **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**[๔๖]

วงการสุขภาพเคยสนใจสุขภาพร่างกายเป็นหลัก ปัจจุบันขยายความสนใจไปสู่เรื่องของจิตใจ มิติของสังคมและมิติทางจิตวิญาณ ทัศนะการแพทย์องค์รวมมองร่างกายและอวัยวะในฐานะของระบบที่มีชีวิต มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันของปรากฏการณ์ต่างๆ มองธรรมชาติขององค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียว[๔๗]

กล่าวโดยสรุป สุขภาวะองค์รวมเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สุขภาวะจะสำเร็จได้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่างๆ ของจิตใจดำเนินไปได้ การแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย หลักการพัฒนามนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา ๔

---

[๔๖] จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล,** (นนทบุรี : บริษัทธนาเพรส จำกัด, ๒๕๔๘), หน้า ๑๓ - ๑๕.

[๔๗] วิชิต เปานิล, **พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย**, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๖), หน้า ๔๙-๕๐.

๒.๒ โรคทางพุทธศาสนา

๒.๒.๑ ความหมายโรค

คำว่า “โรค” ในทางพระพุทธศาสนามาจากรากศัพท์บาลีว่า “รุช” แปลว่า เสียดแทง มีความหมายว่า สิ่งที่เสียดแทงให้เจ็บปวด

โรคะ ตามคัมภีร์แพทย์โบราณว่าด้วยสมุฏฐานแห่งโรค หมายถึง โรคประจำตัวโรคที่ติดตัวอยู่ประจำรักษาไม่หาย[๔๘]

คำว่า “โรค” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๔๒[๔๙] ให้คำจำกัดความไว้ว่าหมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย

พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) ได้ให้ความหมายว่า “โรคือ สิ่งที่เสียดแทงชีวิต ใช้แทนคำว่า ทุกข์ซึ่งทั้งโรคและทุกข์เป็นสิ่งที่บีบคั้นขัดข้องเป็นปัญหาต้องแก้ไข ต้องกำจัดออกไป ชีวิตจะไม่ได้ลำบาก”[๕๐] โรค นี้เป็นคำที่ใช้แทนคำว่า “ทุกข์” ซึ่งเป็นปัญหาของมนุษย์ทุกคน ทุกข์ก็คือปัญหาของชีวิต[๕๑]

นักวิชาการแพทย์สมัยใหม่ได้ให้ความหมายโรคไว้ว่า โรค หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายเนื่องจากองค์ประกอบของร่างกายทำงานผิดปกติทำให้รู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการที่ผิดปกติที่แสดงออกมาให้เห็น เช่น มีไข้ตัวร้อน ไอ จาม ปวด บวม เป็นต้น แต่ในบางครั้งเราอาจเป็นโรคโดยที่ไม่มีการผิดปกติหรือไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเลยก็ได้ ถ้าความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย หรืออยู่ในระยะแอบแฝงตัว ยังไม่แสดงอาการออกมา[๕๒]

กล่าวโดยสรุป ความหมายโรค หมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย ความไม่สบาย โรคประจำตัวโรคที่ติดตัวอยู่ประจำรักษาไม่หาย ซึ่งเป็นปัญหาของมนุษย์ทุกคน ปัญหาของชีวิตคือทุกข์ อาจเป็นโรคแอบแฝงตัวโดยที่ไม่มีการผิดปกติออกมา ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกไม่สบาย เสียดแทงให้เจ็บปวดหรือมีอาการที่ผิดปกติแสดงออกมาให้เห็น

---

[๔๘] ราชบัณฑิตยสถาน, **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒**, (กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ที่ ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์, ๒๕๔๖), หน้า ๙๗๙.

[๔๙] อ้างแล้ว, หน้า ๙๗๙.

[๕๐] พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด, ๒๕๔๒), หน้า ๑๑๐.

[๕๑]พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) **ทัศวรรษธรรมทัศน์พระธรรมปิฎก หมวดวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,** (กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, ๒๕๔๒), หน้า๗.

[๕๒] อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข , “การศึกษาเชิงวิเคราะห์พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย”, **วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า ๑๒.

๒.๒.๒ ชื่อโรคต่าง ๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก

จากการสำรวจในพระไตรปิฎก พบว่ามีชื่อโรคชนิดต่าง ๆ ดังจะยกมากล่าวไว้ในหัวข้อนี้ ดังนี้ โรคทางตา[๕๓] โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคกาย โรคศีรษะ โรคใบหู โรคปาก โรคฟัน โรคไอ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคไข้ทรพิษ โรคไข้เซื่องซึม โรคท้อง โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคเรื้อน โรคกลาก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคหิดเปื่อย โรคหิดด้าน โรคคุดทะราด โรคหูด โรคละอองบวม โรคอาเจียนโลหิต โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวง[๕๔] โรคอลสกะ[๕๕] โรคอหิวาตกโรค[๕๖] โรคลม โรคลมขัดยอกตามข้อ โรคเท้าแตก เนื้องอก แผลไม่งอก [๕๗] โรคหิด โรคตุ่ม โรคกลิ่นตัวแรง โรคอมนุษย์เข้าสิง[๕๘] โรคลมในท้อง[๕๙] โรคร้อนในกาย[๖๐] โรคเนื้องอกในลำไส้[๖๑] โรคท้องร่วง[๖๒] โรคฝี โรคปอด โรคพันธุกรรม[๖๓]โรคอัมพาต[๖๔]โรคพิษงู โรคโดนยาแฝด โรคท้องผูก โรคผอมเหลือง โรคผดผื่นคัน[๖๕] โรคหน่อที่เท้า[๖๖]โรคร้อนใน[๖๗]โรคดีซ่าน[๖๘]โรคปวดศีรษะ[๖๙]

เดิมโรคมีอยู่เพียง ๓ ชนิดเท่านั้น คือ โรคความอยาก โรคความหิวและโรคชรา แต่เพราะการทำร้ายเบียดเบียนสัตว์จึงทำให้แพร่โรคร้ายเพิ่มขึ้นถึง ๙๘ ชนิด[๗๐] โรคต่าง ๆที่ระบุชื่อไว้ในพระไตรปิฎกและอรรถกถาสามารถแบ่งได้เป็น ๖ กลุ่ม ได้แก่

---

[๕๓] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๕/๕๐.

[๕๔] องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๑.

[๕๕] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๘-๙/๘-๙, สํ.ส.(ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕-๑๔๖.

[๕๖] วิ.ม.(ไทย) ๔/๑๐๐/๑๕๕.

[๕๗] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๕-๒๖๗/๕๐-๖๐.

[๕๘] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๔/๔๘-๔๙.

[๕๙] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๗๓/๖๙.

[๖๐] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖.

[๖๑] วิ.ม.(ไทย) ๕/๓๓๓/๑๘๙-๑๙๐.

[๖๒] วิ.ม.(ไทย) ๕/๓๖๕/๒๓๙-๒๔๑.

[๖๓] ม.ม.(ไทย) ๑๓/๓๖๘/๔๕๔-๔๕๕.

[๖๔] วิ.ม.(ไทย) ๔/๑๑๙/๑๘๔-๑๘๗.

[๖๕] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๘/๖๐-๖๒.

[๖๖] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๔๙/๑๘.

[๖๗] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๗๘/๗๖-๗๗.

[๖๘] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๐/๔๓.

[๖๙] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๖/๕๒-๕๔.

[๗๐] ขุ.สุ(ไทย) ๒๕/๓๑๔/๕๗๒.

๑) โรคผิวหนัง หมายถึงโรคที่เกิดบนผิวหนังในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น โรคเรื้อน โรคฝี โรคฝีดาษ โรคกลาก โรคเริม โรคพุพอง โรคหิดเปื่อย โรคหิดด้าน โรคหูด โรคคุดทะราด

๒) โรคลม หมายถึง โรคที่เกิดจากธาตุลมภายในร่างกายกำเริบ ทำให้มีอาการหลายอย่าง เช่น วิงเวียน หน้ามืด คลื่นเหียน ถ้าอาการรุนแรงอาจถึงแก่สิ้นสติหรือตายได้ เช่น โรคลมบ้าหมู

๓) โรคในท้อง หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นภายในท้อง เช่น โรคเนื้องอกที่ลำไส้ โรคบิด โรคท้องร่วง โรคลงราก อหิวาตกโรค โรคลงแดง โรคจุกเสียด และโรคอลสกะ

๔) โรคเกี่ยวกับอวัยวะ หมายถึง โรคที่เกิดกับอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น โรคทางตา โรคทางหู โรคทางจมูก โรคทางลิ้น โรคทางศีรษะ เช่น ปวดศีรษะ โรคทางปาก โรคทางฟัน โรคอัมพาต โรคริดสีดวง

๕) โรคทางเดินหายใจ หมายถึง โรคที่เกิดกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไอ โรคหืด โรคไข้หวัด โรคมองคร่อ

๖) โรคเบ็ดเตล็ด หมายถึง โรคอื่นๆ ที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มทั้ง ๕ ข้างต้น เช่น โรคไข้พิษ โรคเบาหวาน โรคดีกำเริบ โรคร้อนใน และ โรคในฤดูสารท เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป โรคต่างๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก แบ่งได้เป็น ๖ กลุ่ม คือ โรคผิวหนัง โรคลม โรคในท้อง โรคเกี่ยวกับอวัยวะ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ และโรคเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ซึ่งโรคเหล่านี้ยังสามารถแบ่งอย่างอื่นได้ เช่น โรคที่เป็นแต่กำเนิด โรคทางด้านพันธุกรรม โรคที่เกิดตามฤดูกาล การถูกทำร้าย โรคติดต่อและไม่ติดต่อ ซึ่งโรคทุกอย่างล้วนทำให้เกิดความทุกข์

๒.๒.๓ ประเภทของโรค

จากศึกษาที่เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เกิดขึ้นทางกายจากพระไตรปิฎก พบว่ามีโรคชนิดต่างๆ ที่มีการกล่าวถึงเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรคทางกาย คือ โรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคปาก โรคศีรษะ โรคใบหู โรคกาย โรคฟัน โรคหืด โรคไอ โรคไข้หวัด โรคไข้พิษ โรคไข้เซื่องซึม โรคท้อง โรคลงแดง โรคจุกเสียด โรคลงราก โรคเรื้อน โรคกลาก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู โรคคุดทะราด โรคหิดเปื่อย โรคหิดด้าน โรคหูด โรคละอองบวม โรคอาเจียนเป็นโลหิต โรคเบาหวาน โรคเริม โรคพุพอง โรคริดสีดวง[๗๑] โรคอหิวาตกโรค[๗๒] โรคฝีดาษ โรคหิด โรคตุ่ม โรคกลิ่นตัวแรง โรคอมนุษย์เข้าสิง[๗๓] โรคหน่อที่เท้า โรคปวดร้อนศีรษะ โรคลมตามอวัยวะ โรค

---

[๗๑] องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๓๐.

[๗๒] วิ.ม.(ไทย) ๔/๑๐๐/๑๕๕.

[๗๓] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๔-๓๖๕/๔๘-๒๔๑.

ลมขัดยอกตามข้อ โรคลม โรคเท้าแตกโรคฝี เนื้องอก แผลไม่งอก โรคท้องผูก โรคผอมเหลือง โรคโดนยาแฝด โรคงูพิษ โรคผดผื่นคัน โรคร้อนในกาย โรคลมในท้อง โรคเนื้องอกในลำไส้[๗๔] โรคท้องร่วง[๗๕] โรคปอด โรคลมชัก[๗๖] โรคพันธุกรรม[๗๗] โรคอลสกะ โรคอัมพาต โรคที่พระพุทธพุทธองค์ทรงห้ามบรรพชาอุปสมบทมีอยู่ ๕ ชนิด คือ โรคเรื้อน โรคฝี โรคกลาก โรคมองคร่อ โรคลมบ้าหมู

พระพุทธเจ้าทรงจำแนกชนิดของโรคออกเป็น ๒ ชนิด คือ โรคทางกาย (กายิกโรโค) และ โรคทางใจ (เจตสิกโรโค)[๗๘]

๑. โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ป่วยด้วยโรคตา โรคหู โรคจมูก โรคลิ้น โรคในกาย โรคศีรษะ โรคในช่องหู โรคปาก

๒. โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความอิจฉาริษยา ความหึงหวง ความวิตกกังวล ความอาลัยอาวรณ์ ความคับแค้นใจ

หลวงพ่อพุทธทาส[๗๙] ได้แบ่งโรคออกเป็น ๓ ประเภท คือ ๑ โรคทางกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ๒ โรคทางจิต ได้แก่โรคจิตที่เกี่ยวเนื่องกันอยู่กับกาย ๓ โรคทางวิญญาณ ได้แก่ การที่วิญญาณหรือจิตส่วนลึกประกอบด้วยกิเลส โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวิชชาหรือมิจฉาทิฏฐิ เมื่อคนมีความเห็นผิดก็เป็นเหตุให้คิดผิด พูดผิด และการกระทำผิดหรืออาจจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า โรคทางวิญญาณก็ คือ การยึดมั่นถือมั่นว่า เป็นเรา เป็นเขาด้วยเหตุที่แพทย์ในปัจจุบันได้ใช้คำว่า “โรคจิต” กับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและต้องทำการรักษากับจิตแพทย์ ความหมายจึงไม่ตรงกับพุทธพจน์ ดังนั้นท่านพุทธทาสจึงได้บัญญัติคำว่า “โรคทางวิญญาณ” ขึ้นมาใหม่

จากการศึกษาสามารถแบ่งประเภทของโรคได้ [๘๐] ดังต่อไปนี้

๑) โรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในยุคพุทธกาลเมื่อสองพันกว่าปีมาแล้ว เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่าโรคนั้นก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคตามสมัยบาง

---

[๗๔] วิ.ม.(ไทย) ๔/๘๘/๑๔๒.

[๗๕] วิ.ม.(ไทย) ๔/๘๘/๑๔๒.

[๗๖] วิ.ม.(ไทย) ๔/๘๘/๑๔๒.

[๗๗] ม.ม.(ไทย) ๑๓/๓๖๘/๔๕๔-๔๕๕.

[๗๘] องฺ.จตุกฺก.(ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

[๗๙] พุทธทาสภิกขุ อินฺทปญฺโญ, **ธรรมะกับสุขภาพ ความมีสุขภาพอนามัยทางจิตที่ดี,** (ธรรมทานมูลนิธิ องค์การพื้นฟูพระพุทธศาสนา มูลนิธิเผยแพร่ชีวิตประเสริฐ, ม.ป.ท., ๒๕๔๙), หน้า ๑๑.

[๘๐] อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข, การศึกษาเชิงวิเคราะห์พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย, **วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า บทคัดย่อ.

โรคที่ได้ปรากฏอยู่ในยุคพุทธกาล ปัจจุบันได้หมดไปหรือสาบสูญไปแล้ว เช่น โรคฝีดาษ และมีอีกหลายๆ โรคที่ได้ปรากฏในยุคพุทธกาล ซึ่งยังคงหลงเหลือมาถึงปัจจุบัน เช่น โรคปวดศีรษะ โรคปอด โรคลำไส้ โรคผิวหนัง เป็นต้น และบางโรคที่ไม่เคยปรากฏในยุคพุทธกาลมาก่อน แต่ได้ปรากฏขึ้นในยุคปัจจุบันซึ่งพบว่าโรคชนิดต่าง ๆ ได้มีการเกิดเพิ่มขึ้นมาเรื่อย ๆ เป็นลำดับ และโรคบางชนิดที่พบเกิดขึ้นมาใหม่นี้แพทย์ยังไม่สามารถคิดค้นวิธีการรักษาให้หายได้ เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น

๒) จากการเปลี่ยนแปลงของโรคดังกล่าวในข้อ ๑ แม้จะพบว่าได้มีโรคบางอย่างที่สาบสูญไปแล้วก็ตาม แต่ก็ได้มีโรคชนิดใหม่ ๆ ปรากฏขึ้นมาแทนที่ ทั้ง ๆ ที่การแพทย์ได้มีการวิวัฒนาการต่อเนื่องกันมาเป็นลำดับ ๆ จนถึงยุคปัจจุบันซึ่งถือกันว่าเป็นยุคที่มีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สุดก็ว่าได้ แต่พบว่าโรคมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นลำดับ จนถึงขณะนี้จำนวนโรคที่เพิ่มมาเรื่อย ๆ นั้นก็ไม่อาจนับจำนวนโรคได้ว่าโรคที่เกิดขึ้นมาแล้วนั้นมีจำนวนเท่าไร และทางการแพทย์ในยุคใด ๆ ก็ไม่อาจเอาชนะหรือกำจัดโรคทุกชนิดให้หมดไปจากชีวิตมนุษย์และสัตว์อื่นไปได้ นอกจากเพียงหาวิธีการบำบัดรักษาให้หายหรือบรรเทาลงได้เฉพาะกรณีเท่านั้น ซึ่งในทางพระพุทธศาสนาได้ทำการศึกษาวิจัยและคิดค้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรค คือ สมเด็จพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้าพระองค์ได้ทำการวิจัยออกเมื่อ ๒๕๐๐ กว่าปีมาแล้วว่า มนุษย์ไม่อาจจะหลีกพ้นไปจากความเจ็บป่วยได้ ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า ร่างกายเป็นรังแห่งโรค

๓) ความรู้เรื่องโรคชนิดต่าง ๆ ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก แม้จะไม่ได้บอกลักษณะอาการของโรคไว้ทั้งหมดอย่างละเอียดชัดเจนก็ตาม แต่ก็นับว่าจะสามารถนำมาใช้เป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญยิ่งให้กับการแพทย์ปัจจุบันได้นำไปทำการศึกษาวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของโรคต่าง ๆ ระหว่างโรคในอดีตเมื่อ ๒๕๐๐ กว่าปีกับโรคในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป พระพุทธเจ้าทรงจำแนกโรคออกเป็น ๒ ประเภท คือ ๑. โรคทางกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ๒. โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ ท่านพุทธทาสแบ่งโรคออกเป็น ๓ ประเภท เพิ่มโรคทางวิญญาณ ได้แก่ การที่วิญญาณหรือจิตส่วนลึกประกอบด้วยกิเลส โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวิชชาหรือมิจฉาทิฏฐิ การยึดมั่นถือมั่น

๒.๒.๔ สาเหตุของโรค

พระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงโรค ๒ อย่าง คือ โรคทางกายและโรคทางใจ ดังพุทธพจน์ที่ตรัสไว้ว่า “ภิกษุทั้งหลาย โรค ๒ อย่างนี้ คือ ๑ โรคทางกาย ๒ โรคทางใจ

๑) สาเหตุของโรคทางกาย

ในพระไตรปิฎกได้มีปรากฏถึงสาเหตุของการเกิดโรคทางกายไว้หลายประการ สาเหตุที่สำคัญ คือ ความไม่สมดุลของธาตุทั้ง ๔ และสาเหตุที่ปรากฏในคิริมานันทสูตร ๘ ประการที่พระพุทธองค์ได้ตรัสไว้ว่ากายนี้มีทุกข์มาก มีโทษมาก เพราะฉะนั้นอาพาธต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นในกาย[๙๑] นี้ คือ

๑. อาพาธมีดีเป็นสมุฏฐาน

๒. อาพาธมีเสมหะเป็นสมุฏฐาน

๓. อาพาธมีลมเป็นสมุฏฐาน

๔. อาพาธมีไข้สันนิบาตเป็นสมุฏฐาน

๕. อาพาธอันเกิดแต่ฤดูกาลแปรปรวน

๖. อาพาธอันเกิดแต่การบริหารกายไม่สม่ำเสมอ

๗. อาพาธอันเกิดแต่ความเพียรเกินกำลัง

๘. อาพาธอันเกิดแต่วิบากของกรรม

การเกิดโรคทางกาย ดังที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนานี้ ใกล้เคียงกับศาสตร์ทางการแพทย์ มีเพียงสาเหตุเดียว ที่มีกล่าวเฉพาะในพระพุทธศาสนา คือ สาเหตุของโรคที่เกิดจากผลกรรมดังพุทธพจน์ที่ว่า

> *“บุคคลในโลกนี้.....เป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลาย ด้วยฝ่ามือบ้าง ด้วยก้อนหินบ้าง ด้วยท่อนไม้บ้าง ด้วยศัสตราบ้าง เพราะกรรมนั้นที่เขาให้บริบูรณ์ ยึดมั่นไว้อย่างนั้น.... หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในอบาย ทุคติ วินิบาต นรก กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใดๆ เขาก็จะเป็นผู้มีโรคมาก .... มาณพ การที่บุคคลเป็นผู้เบียดเบียนสัตว์ทั้งหลาย ด้วยฝ่ามือบ้าง....นี้เป็นปฏิปทาที่เป็นไปเพื่อความมีโรคมาก”*[๙๒]

เรามีกรรมเป็นของตน เป็นผู้รับผลของกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย เราทำกรรมใดไว้ จะเป็นกรรมดี หรือกรรมชั่วก็ตาม ย่อมเป็นผู้รับผลของกรรมนั้น[๙๓] “โรคกรรม” พบได้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ว่าโรคบางชนิด

---

[๙๑] องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๓๐.

[๙๒] ม.อุ.(ไทย) ๑๔/๒๙๑/๓๕๐.

[๙๓] ม.อุ.(ไทย) ๑๔/๒๘๙/๓๕๐, องฺ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๔๘/๑๐๔.

แพทย์ไม่สามารถหาสาเหตุและวินิจฉัยโรคได้ เรียกโรคทำนองนี้ว่า “โรคที่รักษาไม่หาย” หรือ “โรคที่รักษายาก” เป็นต้น ทางพระพุทธศาสนาเรียกว่าเป็น “โรคกรรม” จะรักษาอย่างไร ใช้ความพยายามแค่ไหน ก็ไม่หาย จนกว่าจะสิ้นกระแสแห่งกรรมนั้น

บุคคลทำกรรมใด ทางกาย ทางวาจา ทางใจ กรรมนั้นแลเป็นสมบัติของเขา ทั้งเขาจะนำกรรมนั้นไปได้ อนึ่ง กรรมนั้นย่อมติดตามเขาไป ดุจเงาติดตามตัวไป ฉันนั้น[๘๔]

การเกิดโรคทางกาย มีหลายสาเหตุ คือ โรคเกิดจากดี เสมหะ ลม ไข้สันนิบาต ฤดูแปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง ผลของกรรม หนาว ร้อน หิว กระหาย ปวดอุจจาระ ปวดปัสสาวะ[๘๕] ธาตุ ๔ ไม่สมดุล[๘๖] การไม่รู้ประมาณในการบริโภค[๘๗] การถูกสัมผัสจากเหลือบยุงและสัตว์เลื้อยคลาน[๘๘] การถูกทำร้าย และการมีอายุมาก

กล่าวโดยสรุป สาเหตุของโรคทางกายมีหลายสาเหตุ ความไม่สมดุลของธาตุทั้ง ๔ เป็นสาเหตุที่สำคัญ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ เกิดจากดี เสมหะ ลม การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง และผลของกรรม ความรุนแรงของโรคซึ่งเกิดจากสาเหตุดังกล่าวอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายและผลจากกรรมในแต่ละบุคคล

๒) สาเหตุของโรคทางใจ

โรคทางใจ ได้แก่ การที่จิตใจของคนเราถูกครอบงำด้วยกิเลสความเศร้าหมอง คือ โลภะ โทสะและโมหะเข้าครอบงำที่เรียกว่าอนุสัยหรืออาสวะที่นอนเนื่องอยู่ภายในของภวังคจิต ประกอบไปด้วย ราคะ ปฏิฆะ อวิชชา โรคที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ก็มีเฉพาะทางกาย และทางใจเท่านั้น คนบางคนอาจจะไม่มีโรคทางกายตั้งแต่แรกเกิดจนแก่ชรา แต่สำหรับคนทั่วไปแล้วซึ่งมีจิตใจที่หนาไปด้วยกิเลสตัณหาเป็นผู้มีโรคทางใจกันทั้งนั้น เว้นแต่ว่าใครจะมีมากน้อยเพียงใดเท่านั้นมีแต่พระอรหันต์ผู้ที่หลุดพ้นจากกิเลสเท่านั้นที่ไม่มีโรคทางใจ[๘๙]

ในทางพระพุทธศาสนาได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทางใจที่เกิดขึ้นจากกิเลสและตัณหามีอยู่ ๓ ประการ[๙๐] คือ

๑. โรคเกิดขึ้น เพราะความโลภ ความโลภไม่ว่าจะเกิดขึ้นในใจของผู้ใด ผู้นั้นเป็นโรคทางใจที่เกิดจากความโลภทำให้อยากได้ อยากมี อยากเป็นและบางครั้งก็อยากได้เกิน

---

[๘๔] สำ.ส.(ไทย) ๑๕/๑๓๑/๑๖๐.

[๘๕] องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๙-๑๓๑.

[๘๖] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๓๑๗/๓๐๖-๓๐๗, องฺ.ทสก.(ไทย) ๒๔/๑๑/๑๗.

[๘๗] ขุ.ธ.(ไทย) ๒๕/๓๒๕/๑๓๔.

[๘๘] องฺ.จตุกฺก.(ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๘.

[๘๙] องฺ.จตุกฺก.(ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

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

ขอบเขตจนถึงเบียดเบียนผู้อื่น เพราะความโลภทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัว เกิดความกระหายอยากได้ไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เป็นคนที่มีจิตใจเร่าร้อน มีความทะเย่อทะยานอยากได้ในทางที่ผิด เมื่อความปรารถนาไม่สมหวังในสิ่งที่ตนมุ่ง ก็เกิดความคับใจ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ เมื่อมีความทุกข์มาก ๆ ผลที่ตามมาก็คือสุขภาพจิต ทำให้นอนไม่ได้บางคนเป็นบ้าเสียสติไปเลยก็มี เกิดการอิจฉาผู้อื่นเมื่อตนเองไม่ได้ดังความปรารถนาของตน แม้ในที่สุดถึงตรอมใจตาย

๒. โรคเกิดขึ้น เพราะความโกรธ เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้ว คนผู้นั้นเป็นโรคทางใจ เพราะความโกรธทำให้จิตใจของผู้มักโกรธนั้นเป็นคนที่มีจิตใจขัดเคือง หงุดหงิด ขุ่นเคืองผู้อื่น ทำให้จิตใจเร้าร้อนกระวนกระวายอยู่ไม่เป็นสุข แผดเผาร้อนรนในใจของตนเองมีจิตใจที่มุ่งร้ายอาฆาตพยาบาทผู้อื่น อันเป็นสาเหตุนำไปสู่การเบียดเบียนล้างผลาญซึ่งกันและกัน ผลก็คือความทุกข์ที่เกิดจากใจ

๓. โรคเกิดจากความหลง (โมหะ) เพราะความหลงเกิดขึ้นกับผู้ใด ผู้นั้นเป็นโรคทางใจ เป็นบุคคลที่เชื่อง่าย และเชื่อในสิ่งที่ผิด เข้าใจในสิ่งที่ผิด มีจิตใจที่มืดบอดมองไม่เห็นทาง ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี มักจะถูกชักนำไปในทางที่ผิดได้ง่าย เช่น เห็นดีเป็นชั่ว เห็นชั่วเป็นดี เห็นทุกข์เป็นสุข ความหลงทำให้ได้รับความทุกข์เพราะการคิดผิดของตนเองที่ทำให้เกิดความร้อนใจที่นำความเสียหายมาให้แก่ตนเองอย่างมากมายเพราะการคิดผิดทำให้ส่งผลกระทบต่อจิตใจให้ได้รับความทุกข์ทรมาน อันเป็นความทุกข์ทางใจ

การเกิดโรคทางใจ พระพุทธศาสนากล่าวว่า เกิดจากกิเลส ตัณหา ครอบงำจิตใจ ดังพุทธพจน์ว่า

หลักธรรมของพระพุทธเจ้าที่ใช้รักษาโรคทางใจมีมาก[๙๑] สาเหตุหลักที่เป็นรากเหง้าของกิเลสทั้งหลายมีอยู่ ๓ ประการ คือ ความโลภ ความโกรธ ความหลง[๙๒]

โรคทางใจ คือ การที่จิตใจของมนุษย์ถูกครอบงำไปด้วยโลภะ โทสะ โมหะ[๙๓] ซึ่งแสดงออกมาทางกายกรรม วจีกรรม และมโนกรรม

ชีวิตนี้มีโรคแต่โรคนั้นแก้ไขได้ จุดหมายของพระพุทธศาสนา คือ การแก้ไขความไม่สบายหรือโรคของชีวิต คำว่า “โรค” เป็นคำที่ใช้แทนคำว่า “ทุกข์” ซึ่งเป็นปัญหาของมนุษย์ทุกคน ทุกข์ คือปัญหาของชีวิต เพราะฉะนั้น เมื่อใช้คำว่าโรคแทนคำว่าทุกข์ ก็ถือว่าทุกข์นั้นเป็นโรค เป็นสิ่งบีบคั้น เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข[๙๔]

---

[๙๑] พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม**, (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓), หน้า ๑๐๔.

[๙๒] เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๐๔.

[๙๓] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๙๕

[๙๔] พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร จำกัด, ๒๕๕๒), หน้า ๑๑๐.

ภาวะที่หายทุกข์หรือหมดทุกข์[๙๕] มีสุขหรือปลอดทุกข์และเป็นสุข เป็นด้านหนึ่งของภาวะที่สมบรูณ์ เป็นส่วนหนึ่งหรือด้านหนึ่งของภาวะองค์รวมซึ่งยังมีภาวะด้านต่าง ๆ อยู่ด้วยกันกับความสุข เป็นลักษณะองค์ประกอบของภาวะที่เป็นความดีงามสมบรูณ์ของชีวิต

การเกิดโรคนั้นเป็นความทุกข์อย่างหนึ่ง เมื่อพิจารณาถึงโรคที่เกิดขึ้นทั้งสองประเภท ทำให้รู้ว่ามีความสอดคล้องกับ ทุกขอริยสัจ ได้แก่ความเกิด ความแก่ ความเจ็บและความตายนี้จัดเป็นโรคทางกาย ความเศร้าใจ ความรำคาญคร่ำครวญ พิไรรำพันความไม่สบายใจ ความคับแค้นใจ ความประจวบกับสิ่งที่ไม่เป็นที่รัก ความพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ความไม่ได้ในสิ่งที่ตนปรารถนาเหล่านี้จัดเป็นโรคทางจิต ว่าโดยย่อ อุปาทานขันธ์๕ เป็นทุกข์จัดเป็นโรคทางใจ[๙๖]

กล่าวโดยสรุป สาเหตุของโรคทางใจ คือการที่จิตใจของคนเราถูกครอบงำด้วยกิเลสความเศร้าหมอง ด้วยความโลภ อยากได้ อยากมี ทำให้มีจิตใจเร่าร้อน เมื่อความปรารถนาไม่สมหวังในสิ่งที่ตนมุ่ง ความโกรธ ทำให้เป็นคนที่มีจิตใจขัดเคือง หงุดหงิด ขุ่นเคืองผู้อื่น ทำให้จิตใจเร้าร้อนกระวนกระวายอยู่ไม่เป็นสุข ความหลง ทำให้เชื่อในสิ่งที่ผิด เข้าใจในสิ่งที่ผิด มีจิตใจที่มืดบอดมองไม่เห็นทาง ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี มักจะถูกชักนำไปในทางที่ผิดได้ง่าย ความโลภ โกรธ หลง ทำให้เกิดความทุกข์

๓) สาเหตุของโรคทางจิต

โรคทางจิตตามวิถีแพทย์ปัจจุบัน ความแปรปรวนทางจิตเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป ได้แก่ โรคทางจิตมีสาเหตุมาจาก พันธุกรรม ความผิดปกติทางโครโมโซม โครงสร้างของร่างกาย อายุ เพศ การแต่งงาน เชื้อชาติ การตั้งครรภ์ อาชีพและภาวะทางการงาน ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม สุรา ความเจ็บป่วย ความแปรปรวนทางสมองทั่วไป การติดเชื้อ สิ่งเป็นพิษ ความแปรปรวนทางต่อมไร้ท่อ การขาดสิ่งที่จำเป็น การขาดออกซิเจน การขาดอาหาร การขาดวิตามิน การขาดการนอน การขาดความฝัน การขาดสิ่งเร้า การแยกจากสังคม ความสำคัญระหว่างบุคคล ความเศร้าใจความขัดแย้งทางใจ[๙๗]

ความแปรปรวนทางจิตใจชนิดรุนแรง เช่น เอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง[๙๘] มีสาเหตุมาจากจิตใจ หรือร่างกายและมีผลทำให้เกิดความ

---

[๙๕] พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ**, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทสหพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๑), หน้า ๖-๘.

[๙๖] ม.มู.(ไทย) ๑๒/๙๑/๘๖.

[๙๗] ขุ.ป.(ไทย) ๓๑/๓๓/๕๒-๕๓.

[๙๘] จำลอง ดิษยวณิช, **วิปัสสนากรรมฐานและเชาว์อารมณ์,** (เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, ๒๕๔๓), หน้า ๑๑๓.

ผิดปกติ ในการคิดการตอบสนองทางอารมณ์ ความจำ การสื่อสาร การตีความหมายและพฤติกรรมที่เหมาะสม จนเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต มีความคิดแปรปรวนสับสนขาดเหตุผล พูดสับสนหลายเรื่องพูดไม่ติดต่อ เพ้อเจ้อ วกวน เหม่อลอย ทำให้ประสาทหลอนและอาการหลงผิด มีอารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย คลุ้มคลั่งอาจเป็นอันตรายกับคนที่อยู่ใกล้ชิด ความโศกเศร้า ความคร่ำครวญ ความไม่สบายใจความคับแค้นใจ ความประสบกับสิ่งที่ไม่ชอบใจ ความพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก ความไม่สมปรารถนา ซึ่งเป็นอาการแสดงออกของจิตที่ประสบทุกข์อย่างใดอย่างหนึ่ง[๙๙]

ประเวศ วสี[๑๐๐] ได้กล่าวว่า “สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัดมีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้”

กล่าวโดยสรุป สาเหตุของโรคทางจิต เป็นความแปรปรวนทางจิตใจชนิดรุนแรง เช่น เอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง ในการรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตต้องสร้างความหวังที่จะดูแลรักษาใจผู้ป่วย ซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เพื่อที่เป็นรักษาให้ผู้ป่วยสามารถประคองจิตที่ดีของตนได้ หากประคองจิตได้ถึงขั้นสูงสุด คือ การบรรลุธรรมได้พร้อมกับการสิ้นชีวิต

๒.๒.๕ พุทธวิธีบำบัดรักษาโรค

พระไตรปิฎกที่เป็นหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา มีเนื้อหาที่ระบุถึงการรักษาโรคทางกายไว้มากมาย โดยเฉพาะพระวินัยปิฎก ในหมวดเภสัชขันธกะ ได้ระบุถึงการรักษาโรคต่าง ๆ ด้วยเภสัช ๕ ชนิด คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย พร้อมทั้งยาสมุนไพรที่ได้จากรากไม้ต่างๆ เช่น เปลือกไม้ ใบไม้ ผลไม้ ยางไม้ แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น เกลือ กำมะถัน ผงมูลโคแห้งแก้แผลพุพองและกลิ่นตัว และยานัตถุ์แก้ปวดหัว[๑๐๑]

พระพุทธเจ้าทรงมีพุทธานุญาติให้ใช้อาหารเป็นยาและบำรุงสุขภาพ ตามที่ระบุไว้ มีดังนี้

๑. น้ำข้าวใส น้ำต้มถั่วเขียวไม่ข้น น้ำต้มถั่วเขียวข้น น้ำต้มเนื้อ ทรงอนุญาตให้ภิกษุอาพาธที่ฉันยาถ่าย ใช้บำรุงสุขภาพได้ [๑๐๒]

---

[๙๙] ขุ.ป.(ไทย) ๓๑/๓๓/๕๒-๕๓.

[๑๐๐] ประเวศ วะสี, **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**, (นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, ๒๕๔๓), หน้า ๕.

[๑๐๑] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๐/๔๔.

[๑๐๒] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๙/๖๒,๖๓.

๒. ข้าวยาคู เมื่อครั้งที่พระพุทธเจ้าทรงประชวรด้วยโรคลมในพระอุทร พระอานนท์ได้ต้มข้าวยาคู ซึ่งปรุงด้วยข้าวสาร ถั่วเขียว และงาบดถวาย ทรงดื่มแล้วหายจากการประชวร[๑๐๓]

เมื่อภิกษุอาพาธด้วยโรคลมตามอวัยวะ ทรงมีพุทธานุญาติให้ใช้ความร้อนบำบัดโรคได้ ดังนี้

๑. ทรงอนุญาตการเข้ากระโจมรมเหงื่อ

๒. ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมไม่หาย ทรงอนุญาตการรมด้วยใบไม้

๓. ภิกษุอาพาธด้วยโรคลมไม่หายอีก ทรงอนุญาตการรมใหญ่[๑๐๔]

สมัยหนึ่ง พระพุทธเจ้าแสดงธรรมเกือบตลอดทั้งคืน พระองค์ทรงมีอาการปวดหลัง ทรงใช้การบำบัดด้วยวิธีการพักผ่อน ดังพุทธพจน์ที่ว่า “สารีบุตร...จงแสดงธรรมมีกถาแก่ภิกษุทั้งหลาย เราเมื่อยหลัง จักขอพักผ่อนสักหน่อย”[๑๐๕]

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรคที่ก้าวหน้าที่สุดในสมัยพุทธกาล เช่น การผ่าตัดสมอง และการผ่าตัดลำไส้ ปรากฏอยู่ในหมู่คฤหัสถ์ ทรงมีพุทธานุญาตให้ภิกษุผ่าตัด ได้ในบางกรณี การผ่าตัดในหมู่สงฆ์ที่กล่าวไว้ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีดังนี้

การผ่าตัดฝี ภิกษุที่อาพาธด้วยโรคฝี ทรงอนุญาตให้ทำการผ่าตัด บอกไว้เพียงคร่าวๆ ดังนี้

๑. ภิกษุอาพาธเป็นฝี ทรงอนุญาตการผ่าตัด

๒. น้ำฝาด

๓. งาบด

๔. ยาพอก

๕. ผ้าพันแผล

๖. ให้ชะด้วยน้ำแป้งเมล็ดผักกาด สำหรับแผลคัน

๗. ให้รม สำหรับแผลชื้น[๑๐๖]

พระบรมศาสดาทรงเป็นนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พระองค์มีความสามารถที่จะรักษาโรค คือ กิเลสพร้อมทั้งอนุสัยอันได้แก่ความโลภ ความโกรธ ความหลง และความมัวเมา พระองค์ทรงใช้ญาณตรวจดูโรค เมื่อรู้ภาวะของเหล่าสรรพสัตว์แล้ว ก็ทรงวางยา (แสดงธรรม) คือธรรมะโอสถ ธรรมะบางหมวดเมื่อฟังแล้วพิจารณาตาม ทำให้จิตใจสงบระงับผ่อนคลาย เป็นสมาธิ ส่งผลไปถึงกายให้หายจากโรคทางกายและโรคทางใจได้ ดังพระมหากัสสปะเถระที่อาพาธ พระพุทธเจ้าเสด็จไปเยี่ยมแล้วพระองค์ทรงแสดงโพชฌงค์ ๗ ให้ฟังพระมหากัสสปะพิจารณา

---

[๑๐๓] วิ. ม.(ไทย) ๕/๒๗๔/๗๐.

[๑๐๔] วิ.อ.(บาลี) ๓/๒๖๗/๑๗๔-๑๗๕.

[๑๐๕] ที.ปา.(ไทย) ๑๑/๓๐๐/๒๔๙.

[๑๐๖] วิ.ม.(ไทย) ๕/๒๖๗/๕๘-๕๙.

ตามธรรมนั้นก็หายจากโรค เมื่อภิกษุอาพาธพระองค์ทรงรับสั่งให้ภิกษุทั้งหลายรักษาพยาบาลกันเอง และทรงรับสั่งว่า “ถ้าหากภิกษุรูปใดมีความปรารถนาจะพยาบาลเราตถาคตแล้วไซร้ขอเธอทั้งหลายจงพยาบาลภิกษุไข้”[๑๐๗]

กล่าวโดยสรุป พุทธวิธีบำบัดรักษาโรคของพระพุทธองค์ ในการรักษาโรคต่าง ๆ ด้วยเภสัช ๕ ชนิด คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ยาสมุนไพรอื่น การใช้ความร้อน บำบัดและการผ่าตัด การรักษาโรคทางใจ คือ ตัดกิเลสพร้อมทั้งอนุสัยอันได้แก่ ความโลภ ความโกรธ ความหลง และความมัวเมา ทรงแสดงธรรมะโอสถ เลือกธรรมะตรงตามภาวะของโรค เมื่อฟังแล้วพิจารณาตาม ทำให้จิตใจสงบระงับผ่อนคลาย เป็นสมาธิ ส่งผลไปถึงกายให้หายจากโรคทางกายและโรคทางใจได้

๒.๓ โรคเบาหวานในพระไตรปิฎก

โรคเบาหวาน[๑๐๘]จากคำบาลี มธุเมโห อาพาโธ มธุ แปลว่า หวาน เมหะหรือเมโห แปลว่า น้ำปัสสาวะ รวมแล้วได้ความ น้ำปัสสาวะหวาน โรคนี้มีมาตั้งแต่สมัยใดไม่มีหลักฐานที่แน่ชัด ในพระไตรปิฎก พระสุตตันตปิฎก เล่ม ๒๔ อังคุตตรนิกาย ทสกนิบาต [๒. ทุติยปัณณาสก์] ๑. สจิตตวรรค ๑๐. คิริมานันทสูตร ว่าด้วยการหายอาพาธของพระคิริมานนท์[๑๐๙]

[๖๐] สมัยหนึ่ง พระผู้มีพระภาคประทับอยู่ ณ พระเชตวัน อารามของอนาถบิณฑิกเศรษฐี เขตกรุงสาวัตถี สมัยนั้นแล ท่านพระคิริมานนท์อาพาธ ได้รับทุกข์เป็นไข้หนัก ท่านพระอานนท์จึงเข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาคถึงที่ประทับ ถวายอภิวาท แล้วนั่ง ณ ที่สมควร ได้กราบทูลพระผู้มีพระภาคดังนี้ว่า

“ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ ท่านพระคิริมานนท์อาพาธ ได้รับทุกข์ เป็นไข้หนัก ขอประทานวโรกาส ขอพระผู้มีพระภาคได้โปรดอนุเคราะห์เสด็จไปเยี่ยมท่านพระคิริมานนท์ยังที่อยู่เถิด พระพุทธเจ้าข้า”

พระผู้มีพระภาคตรัสว่า “อานนท์ ถ้าเธอเข้าไปหาแล้วกล่าวสัญญา ๑๐ ประการแก่คิริมานนท์ภิกษุ เป็นไปได้ที่การอาพาธของคิริมานนท์ภิกษุจะสงบระงับโดยฉับพลันเพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนี้”

สัญญา ๑๐ ประการ คือ

๑. อนิจจสัญญา	๒. อนัตตสัญญา
๓. อสุภสัญญา	๔. อาทีนวสัญญา

---

[๑๐๗] วิ.ม.(ไทย), ๕/๒๖๓/๔๖.

[๑๐๘] วิ.มหา.(ไทย) ๒/๑๕/๒๐๔.

[๑๐๙] อัง.ทสก.(ไทย) ๒๔/๖๐/๑๒๘-๑๓๐.

๕. ปหานสัญญา ๖. วิราคสัญญา
๗. นิโรธสัญญา ๘. สัพพโลเก อนภิรตสัญญา
๙. สัพพสังขาเรสุ อนิจจสัญญา ๑๐. อานาปานสติ

อาทีนวสัญญา พิจารณาเห็นว่ากายย่อมอาจมีโรคภัย กายนี้มีทุกข์มาก มีโทษมาก เพราะฉะนั้นอาพาธต่างๆ ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานจึงเกิดขึ้นในกายนี้ เกิดความรู้สึกรับรู้ในทุกข์ต่างๆ(ทุกขเวทนา)เป็นธรรมดาจากการผัสสะ ย่อมเกิดทุกขเวทนาอันเป็นทุกข์ตามธรรมหรือธรรมชาติของกายเป็นธรรมดา พิจารณาเห็นโดยความเป็นโทษในกายนี้อยู่อย่างนี้

พระอานนท์ได้เรียนสัญญา ๑๐ ประการนี้ในสำนักของพระผู้มีพระภาค เข้าไปหาท่านพระคิริมานนท์ถึงที่อยู่ กล่าวสัญญา ๑๐ ประการนี้แก่ท่านพระคิริมานนท์ ขณะนั้นเองอาพาธของท่านพระคิริมานนท์สงบระงับลงโดยฉับพลันเพราะได้ฟังสัญญา ๑๐ ประการนี้ ท่านพระคิริมานนท์ได้หายขาดจากอาพาธนั้น

ในพระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ [๔. ราชวรรค] ๙. ธัมมเจติยสูตรกล่าวถึงสมณพราหมณ์มีอาการซูบผอม เศร้าหมอง มีผิวพรรณไม่ผ่องใส ผอมเหลือง ตามตัวสะพรั่งไปด้วยเส้นเอ็น[๑๑๐] ไม่กล้าสบตาคนเป็นโรคพันธุกรรม

โรคพันธุกรรม[๑๑๑] หมายถึงโรคที่เกิดจากสายเลือดฝ่ายมารดาหรือฝ่ายบิดา เช่น โรคโลหิตจาง โรคจิต ฟั่นเฟือน โรคเบาหวาน เป็นต้น อีกนัยหนึ่ง เรียกว่า โรคประจำตระกูล

โรคเบาหวานเป็นอันตรายที่ปรากฏ[๑๑๒] เกิดจากโรคมีอาการปรากฏทางกาย ทำให้เกิดความเสื่อม เพื่อความสูญไปแห่งกุศลธรรม[๑๑๓]คือ การปฏิบัติชอบ การปฏิบัติเหมาะสม การปฏิบัติที่เอื้อประโยชน์ การปฏิบัติธรรมถูกต้องตามหลักธรรม การรักษาศีลให้บริบูรณ์ ความเป็นผู้สำรวมอินทรีย์ทั้ง ๖ (ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหาร ความเป็นผู้มีความเพียรเครื่องตื่นอยู่เสมอ สติสัมปชัญญะ ความหมั่นเจริญสติปัฏฐาน ๔ ความหมั่นเจริญสัมมัปปธาน ๔ ความหมั่นเจริญอิทธิบาท ๔ ความหมั่นเจริญอินทรีย์๕ ความหมั่นเจริญพละ ๕ ความหมั่นเจริญโพชฌงค์ ๗ ความหมั่นเจริญอริยมรรคมีองค์๘

---

[๑๑๐] ม.ม. (ไทย)๑๓/๓๗๐/๔๕๔.

[๑๑๑] ม.ม.อ.(ไทย) ๒/๓๖๙/๒๕๕-๒๕๖.

[๑๑๒] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๕/๑๖.

[๑๑๓] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๕/๑๘.

เพราะอันตรายนั้น ทุกข์จึงติดตามนรชนนั้นไป[๑๑๔] ทุกข์เกิดจากโรคเบาหวาน เพราะความเสียหายที่เกิดจากโรค เกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจ ความเศร้าโศก ความคร่ำครวญ ความคับแค้นใจ ทุกข์จึงติดตาม ไปตาม ไล่ตามบุคคลนั้น คือ ชาติทุกข์จึงติดตาม ไปตาม ไล่ตาม ชราทุกข์... พยาธิทุกข์...มรณทุกข์

ทุกข์จากโรคเบาหวานเพราะดิ้นรน ยึดถือว่าเป็นของเรา[๑๑๕]ได้แก่ ความยึดถือว่าเป็นของเรา ๒ อย่าง คือ (๑) ความยึดถือว่าเป็นของเราด้วยอำนาจตัณหา (๒) ความยึดถือว่าเป็นของเราด้วยอำนาจทิฏฐิ

หมู่สัตว์ผู้หวาดระแวงว่าจะมีความแปรผันไปแห่งวัตถุที่ยึดถือว่าเป็นของเราย่อมดิ้นรนบ้าง เมื่อวัตถุนั้นกำลังแปรผันไป ย่อมดิ้นรนบ้าง เมื่อวัตถุนั้นแปรผันไปแล้ว ย่อมดิ้นรนบ้าง คือกระวนกระวาย กระเสือกกระสน ทุรนทุราย หวั่นไหวสั่นเทา กระสับกระส่ายอยู่

เมื่อไม่มีความถือว่าเป็นของตน ย่อมไม่เศร้าโศก[๑๑๖] อธิบายว่า ไม่เศร้าโศกถึงวัตถุที่แปรผันไปหรือเมื่อวัตถุแปรผันไปแล้วก็ไม่เศร้าโศก ย่อมไม่เศร้าโศกคือไม่ลำบาก ไม่คร่ำครวญ ไม่ตีอกพร่ำเพ้อ ไม่ถึงความหลงใหลว่า ตาของเราแปรผันไป หูของเรา จมูกของเรา ลิ้นของเรา กายของเรา ใจของเรา บุคคลใดถูกความไม่ยินดี คือ ทุกขเวทนากระทบ ครอบงำ กลุ้มรุมประกอบย่อมเศร้าโศก เป็นทุกข์

ความทุกข์เหมือนน้ำไหลเข้าเรือรั่ว อธิบายว่าเปรียบเหมือนน้ำไหลเข้าเรือรั่ว คือ น้ำไหลเข้า พุ่งเข้า ทะลักเข้าตามรอยรั่วนั้น ๆ

[๖] (พระผู้มีพระภาคตรัสว่า)[๑๑๗]

เพราะฉะนั้น สัตว์เกิดพึงมีสติทุกเมื่อ ละกามทั้งหลายได้
ครั้นละกามเหล่านั้นได้แล้ว พึงข้ามโอฆะได้
เหมือนคนวิดน้ำเรือแล้วไปถึงฝั่งได้ ฉะนั้น

ในคำว่า เพราะฉะนั้น สัตว์เกิดพึงมีสติทุกเมื่อ ได้แก่ เพราะการณ์นั้น เพราะเหตุนั้น เพราะปัจจัยนั้น เพราะต้นเหตุนั้น สัตว์เกิดเมื่อเห็นโทษนั้นในกามทั้งหลาย

สติ[๑๑๘]คือ ความตามระลึกถึง ความระลึกได้เฉพาะหน้าสติ คือ ความระลึกได้ ความจำได้ ความไม่เลื่อนลอย ความไม่หลงลืม สติ คือ สตินทรีย์ (สติที่เป็นใหญ่) สติพละ(สติที่เป็นกำลัง) สัมมาสติ(ระลึกชอบ) สติสัมโพชฌงค์(สติที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ธรรม) เอกายนมรรค (มรรคที่เป็นทางเอก)

---

[๑๑๔] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๕/๒๒-๒๓.
[๑๑๕] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๕/๔๘.
[๑๑๖] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๙๖/๒๙๕.
[๑๑๗] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๕/๒๓.
[๑๑๘] ขุ.ม.(ไทย)๓๐/๔/๔๕.

มีสติ[๑๑๙] อธิบายว่า มีสติด้วยเหตุ ๔ อย่าง คือ

๑. ชื่อว่ามีสติ เมื่อเจริญสติปัฏฐานพิจารณากายในกาย

๒. ชื่อว่ามีสติ เมื่อเจริญสติปัฏฐานพิจารณาเวทนาในเวทนาทั้งหลาย

๓. ชื่อว่ามีสติ เมื่อเจริญสติปัฏฐานพิจารณาจิตในจิต

๔. ชื่อว่ามีสติ เมื่อเจริญสติปัฏฐานพิจารณาธรรมในธรรมทั้งหลาย

ชื่อว่ามีสติด้วยเหตุอีก ๔ อย่าง สัตว์เกิดนั้นพระผู้มีพระภาคตรัสเรียกว่า ผู้มีสติ รวมความว่า เพราะฉะนั้น สัตว์เกิดพึงมีสติทุกเมื่อ

ละกามทั้งหลายได้ อธิบายว่า คำว่า กาม ได้แก่ กาม ๒ อย่าง แบ่งตามหมวด คือ (๑) วัตถุกาม (๒) กิเลสกาม ... เหล่านี้เรียกว่า วัตถุกาม ... เหล่านี้เรียกว่ากิเลสกาม

คำว่า ละกามทั้งหลายได้ อธิบายว่า พึงละกามได้โดยเหตุ ๒ อย่าง[๑๒๐] คือ

(๑) โดยการข่มไว้ บุคคลพึงละกามได้โดยการข่มไว้ คือบุคคลเมื่อพิจารณาเห็นว่ากามทั้งหลายเปรียบเหมือนร่างโครงกระดูกเพราะให้ความยินดีเล็กน้อย เหมือนชิ้นเนื้อเพราะเป็นของทั่วไปแก่คนส่วนมาก เหมือนคบเพลิงหญ้าเพราะไหม้ลุกลาม เหมือนหลุมถ่านเพลิงเพราะมีความร้อนมาก เหมือนของที่ยืมมาเพราะเป็นของครอบครองชั่วคราวตามกำหนด เหมือนหอกหลาว เพราะเป็นเครื่องทิ่มแทง เหมือนกองไฟเพราะเผาผลาญ จึงละกามได้โดยการข่มไว้

บุคคลที่ละกามได้โดยการข่มไว้ ๑๐ จำพวก ได้แก่ บุคคลกำลังเจริญพุทธานุสสติ บุคคลกำลังเจริญธัมมานุสสติ บุคคลกำลังเจริญสังฆานุสสติ บุคคลกำลังเจริญสีลานุสสติ บุคคลกำลังเจริญจาคานุสสติ บุคคลกำลังเจริญเทวตานุสสติ บุคคลกำลังเจริญอานาปานัสสติ บุคคลกำลังเจริญมรณานุสสติ บุคคลกำลังเจริญกายคตาสติ บุคคลกำลังเจริญอุปสมานุสสติ ย่อมละกามได้โดยการข่มไว้

(๒) โดยการตัดขาดเมื่อพิจารณาเห็นว่า

บุคคลที่ละกามได้โดยการตัดขาด ๔ จำพวก ได้แก่ บุคคลกำลังเจริญโสดาปัตติมรรคย่อมละกามอันเป็นเหตุไปสู่อบายได้ บุคคลกำลังเจริญสกทาคามิมรรคย่อมละกามอย่างหยาบได้ บุคคลกำลังเจริญอนาคามิมรรคย่อมละกามอย่างละเอียดได้ บุคคลกำลังเจริญอรหัตตมรรคย่อมละกามได้หมดสิ้นไม่เหลือทุกสิ่งทุกประการ โดยการตัดขาดสัตว์เกิดกำหนดรู้วัตถุกามแล้ว ละ ละเว้น บรรเทา ทำให้หมดสิ้นไป ให้ถึงความไม่มีอีกซึ่งกิเลสกาม ละ ละเว้น บรรเทา ทำให้หมดสิ้นไป ให้ถึงความไม่มีอีกซึ่งกามฉันทนิวรณ์ ละ ละเว้น บรรเทา ทำให้หมดสิ้นไป ให้ถึงความไม่มีอีกซึ่งพยาบาทนิวรณ์ ... ถีนมิทธนิวรณ์ ... อุทธัจจกุกกุจจนิวรณ์ ... วิจิกิจฉานิวรณ์ พึงข้าม ข้ามไป ข้ามพ้น ก้าวล่วง ล่วงเลยกาโมฆะ(ห้วงน้ำคือ

---

[๑๑๙] ขุ.ม.(ไทย)๒๙/๖/๒๔.

[๑๒๐] ขุ.ม.(ไทย)๒๙/๓/๗-๙.

กาม) ภโวฆะ(ห้วงน้ำคือภพ) ทิฏโฐฆะ(ห้วงน้ำคือทิฏฐิ) อวิชโชฆะ(ห้วงน้ำคืออวิชชา)ได้ รวมความว่าครั้นละกามเหล่านั้นได้แล้ว พึงข้ามโอฆะได้[๑๒๑]

เปรียบเหมือนบุคคลวิด ตัก ทิ้งน้ำในเรือที่ทำให้เรือบรรทุกหนัก แล้วพึงไปถึงฝั่งได้รวดเร็วด้วยเรือที่เบา โดยไม่ยากนัก ฉันใด สัตว์เกิดกำหนดรู้วัตถุกามแล้ว ละ ละเว้น บรรเทาทำให้หมดสิ้นไป ให้ถึงความไม่มีอีกซึ่งกิเลสกาม ละ ละเว้น บรรเทา ทำให้หมดสิ้นไป

ฝั่ง คือ ธรรมเป็นที่ระงับสังขารทั้งปวงเป็นที่สลัดทิ้งอุปธิทั้งหมด เป็นที่สิ้นตัณหา เป็นที่คลายกำหนัด เป็นที่ดับกิเลส เป็นที่เย็นสนิท

พระอรหันต์นั้นถึงฝั่งได้ด้วยความรู้ยิ่ง ถึงฝั่งได้ด้วยการกำหนดรู้ ถึงฝั่งได้ด้วยการละ ถึงฝั่งได้ด้วยการเจริญภาวนา ถึงฝั่งได้ด้วยการทำให้แจ้ง ถึงฝั่งได้ด้วยการเข้าสมาบัติ ถึงฝั่งได้ด้วยความรู้ยิ่งธรรมทั้งปวง ถึงฝั่งได้ด้วยการกำหนดรู้ทุกข์ทั้งปวง ถึงฝั่งได้ด้วยการละกิเลสทั้งปวง ถึงฝั่งได้ด้วยการเจริญอริยมรรค ๔ ถึงฝั่งได้ด้วยการทำให้แจ้งนิโรธ ถึงฝั่งได้ด้วยการเข้าสมาบัติ ๘

พระอรหันต์นั้นถอนลิ่มสลักคืออวิชชาได้แล้ว[๑๒๒]ถมคูคือกรรมได้แล้ว ถอนเสาระเนียดคือตัณหาได้แล้ว เป็นผู้ไกลจากข้าศึกคือกิเลสปลดธงคือมานะลงเสียแล้ว ปลงภาระได้แล้ว ไม่เกี่ยวข้องกับโยคกิเลสแล้ว ละองค์ ๕ (แห่งนิวรณ์)ได้แล้ว ประกอบด้วยองค์ ๖ มีธรรมเครื่องรักษาอย่างเอก(คือสติ) มีอัปสเสนธรรม ๔ อย่าง มีปัจเจกสัจจะอันบรรเทาได้แล้ว มีการแสวงหาอันสละได้โดยชอบ ไม่บกพร่อง มีความดำริไม่ขุ่นมัว มีกายสังขารอันระงับได้แล้ว มีจิตหลุดพ้นดีแล้ว มีปัญญาหลุดพ้นได้ดี เป็นผู้บริสุทธิ์บริบูรณ์ อยู่จบพรหมจรรย์ เป็นอุดมบุรุษ เป็นบรมบุรุษ ถึงการบรรลุปรมัตถธรรมแล้ว ดำรงตนอยู่โดยการดับไฟคือกิเลส[๑๒๓] ดำรงตนอยู่โดยไม่ต้องเวียนว่ายตายเกิด ดำรงตนอยู่โดยการสมาทานธรรมขั้นสุดยอด ดำรงตนอยู่โดยความเป็นผู้หลุดพ้น ไม่มีการเวียนเกิด เวียนตายและภพใหม่

กล่าวโดยสรุป โรคเบาหวานเป็นโรคพันธุกรรม ไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่ามีตั้งแต่สมัยใด ในคิริมานันทสูตรว่าด้วยการหายอาพาธของพระคิริมานนท์ สัญญา ๑๐ ประการข้อ ๔ อาทีนวสัญญา พิจารณาเห็นว่ากายย่อมอาจมีโรคภัย กายนี้มีทุกข์มาก มีโทษมาก เพราะฉะนั้นอาพาธต่างๆ ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานจึงเกิดขึ้นในกายนี้ มีอาการปรากฏทางกาย มีความทุกข์เพราะความเสียหายที่เกิดจากโรค เกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจ ผู้มีสติกำหนดรู้ ใช้ธรรมเป็นที่ระงับสังขารทั้งปวง

---

[๑๒๑] ขุ.ม.(ไทย)๒๙/๖/๒๕.

[๑๒๒] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๖/๒๖.

[๑๒๓] ขุ.ม.(ไทย) ๒๙/๖/๒๗.

๒.๔ แนวคิดโรคเบาหวานทางการแพทย์

โรคเบาหวานเป็นโรคที่วงการแพทย์กำหนดเป็นปัญหาสุขภาพเร่งด่วนที่ต้องทำการแก้ไข เนื่องด้วยภาวะคุกคามและอันตรายแฝงจากโรคแทรกซ้อน เป็นโรคกลุ่มเดียวกับโรคหลอดเลือดและหัวใจ เนื่องจากเมื่อพบโรคเบาหวานก็หมายความว่าอีกไม่นานโรคต่าง ๆ ที่เกิดกับระบบหลอดเลือดก็จะตามมา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยให้ความสนใจ ทั้งนี้พบว่าประชากรไทยทุก ๆ ๑๐๐ คน จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง ๔ คน[๑๒๔]

๒.๔.๑ ความหมายของโรคเบาหวาน

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล[๑๒๕] ให้ความหมายว่า โรคเบาหวานเป็นภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน หรือจากความบกพร่องของตับอ่อน ทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินที่ไตจะสามารถกักเก็บได้จึงมีการกรองน้ำตาลกลูโคสออกมาทางปัสสาวะ จึงเรียกโรคนี้ว่าเบาหวาน นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้การเผาผลาญไขมัน และโปรตีนผิดปกติร่วมด้วย[๑๒๖]

เทพ หิมะทองคำ และคณะ[๑๒๗] ให้ความหมายว่า เบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ

วิศาล เยาวพงษ์[๑๒๘] ได้กล่าวถึงว่า โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและบ่อยครั้งมีระดับไขมันในเลือด (Cholesterol และ Triglycerides) สูงด้วย ลำพังภาวะ

---

[๑๒๔] ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, ผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒, **การศึกษาอิสระ พย.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๔), หน้า ๔๖.

[๑๒๕] ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, "**โรคเบาหวาน**.", ศรีนครินทรเวชสาร, ๑๔(๑), ๒๕๔๒), หน้า ๕๑.

[๑๒๖] บุญทิพย์ สิริธรังศรี, **ผู้ป่วยเบาหวาน "การดูแลแบบองค์รวม",** พิมพ์ครั้งที่ ๓, (นครปฐม : ศูนย์อาเซียน, ๒๕๓๙), หน้า ๓๘.

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

[๑๒๘] วิศาล เยาวพงษ์ศิริ, โรคเบาหวาน, (กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ., ๒๕๔๔), หน้า ๑.

ที่มีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงนั้น มักไม่ค่อยมีอาการ บางคนไม่รู้ด้วยซ้ำว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน หรือมีไขมันในเลือดสูง จนกระทั่งได้ไปตรวจเลือดโดยบังเอิญ แต่สิ่งเลวร้ายที่สุดคือโรคเบาหวานไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม หากควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดไม่ดี ปล่อยให้สูงอยู่นานหลายปี จะเกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย

กล่าวโดยสรุป โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน หรือจากความบกพร่องของตับอ่อน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินที่ไตจะสามารถกักเก็บได้จึงมีการกรองน้ำตาลกลูโคสออกมาทางปัสสาวะ

๒.๔.๒ ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

วิลด์ และคณะ[๑๒๙](Wild and others, 2004) ได้สรุปว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานนั้นศึกษาได้ยาก เพราะไม่มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ปัญหานี้จะน้อยลงถ้าใช้เกณฑ์พิจารณาเดียวกันของสถาบันแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองให้ใช้เป็นมาตรฐาน อัตราความชุกของโรคเบาหวานแตกต่างกันไปตามประชากร วัฒนธรรม อายุ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะแตกต่างกันตามประชากรแต่ละประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราความชุกร้อยละ ๒-๔ คือ ประชากรเป็นโรคเบาหวาน ถึง ๑๕ ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินร้อยละ ๑๕ และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ ๘๐ ที่เหลือเป็นโรคเบาหวนชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ ๕[๑๓๐] (Wild and others, 2004)

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์[๑๓๑] ได้สรุปผลการสำรวจประชากรไทยของสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๔๐ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย มีแนวโน้มมากขึ้น มีความชุกร้อยละ ๒.๕ ถึง ร้อยละ ๖ ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานประเภทที่ ๒ โดย

---

[๑๒๙] Wild, S. and other, "**Global prevalence of diabetes : Estimate for the year ๒๐๐๐ and Projections for ๒๐๓๐.**", (Diabetes Care, ๒๗, ๒๐๐๔), pp.๑๐๔๗ -๑๐๔๘.

[๑๓๐] Wild, S. and other, "**Global prevalence of diabetes : Estimate for the year ๒๐๐๐ and Projections for ๒๐๓๐.**", (Diabetes Care, ๒๗, ๒๐๐๔), pp.๑๐๔๙.

[๑๓๑] ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, "แนวความคิดใหม่ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒," **สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย**, ๑๘(๓๐), เมษายน-มิถุนายน, ๒๕๔๗), หน้า ๓๑.

ช่วงอายุ ๓๐-๖๐ ปี มีความชุก ร้อยละ ๔-๗ ส่วนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะพบความชุกร้อยละ ๑๐-๑๕

กล่าวโดยสรุป อัตราความชุกของโรคเบาหวานแตกต่างกันไปตามประชากร วัฒนธรรม อายุ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราความชุกร้อยละ ๒-๔ ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย มีแนวโน้มมากขึ้น มีความชุกร้อยละ ๒.๕ ถึง ร้อยละ ๖ ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานประเภทที่ ๒ โดยช่วงอายุ ๓๐-๖๐ ปี

๒.๔.๓ ประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกโรคเบาหวาน แบ่งตามเกณฑ์ของสถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองให้ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งประเภทของโรคเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท[๑๓๒] คือ

๑. ประเภทที่มีอาการทางคลินิกของโรคเบาหวาน (Clinical Class) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ตรวจพบ แบ่งออกได้ ๓ ชนิด คือ

๑.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและมีอาการแสดงทางคลินิกตรวจพบได้ แบ่งออกเป็นเป็น ๓ ชนิด คือ

(๑) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM Type I) เดิมเรียกว่า Juvenile Onset Mellitus มักพบในวัยเด็ก อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อย หรือสร้างไม่ได้เลย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ต้องพึ่งการฉีดอินซูลินเข้าร่างกายทุกวัน เพื่อป้องกันภาวะกรดคั่งในร่างกาย

(๒) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM Type II) เดิมเรียกว่า Maturity Onset Diabetes Mellitus พบได้ทุกวัยแต่พบมากในคนที่มีอายุมากกว่า ๔๐ ปีขึ้นไป โรคเบาหวานชนิดนี้การขาดอินซูลินไม่มาก ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่อินซูลินออกฤทธิ์ในการทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินในการรักษา การรักษาโรคเบาหวานชนิดนี้ มักรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานซึ่งยาจะไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ ร้อยละ ๗๐-๙๐ มีรูปร่างอ้วน

(๓) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบร่วมกับภาวะอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ ภาวะผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะการใช้ยาหรือสารเคมีบางอย่าง ตลอดทั้งความผิดปกติของโครงสร้างพันธุกรรม

---

[๑๓๒] ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, “**โรคเบาหวาน**.”, หน้า ๕๑-๕๒.

๑.๒ ผู้ที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impair Glucose Tolerance : IGT) ผู้ป่วยชนิดนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารปกติ เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องจะได้ค่าระหว่างระดับค่าปกติกับค่าที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ยังไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น จึงยังไม่ควรเรียกว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่ถือว่าเป็นปกติ

๑.๓ ผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตรวจพบความทนต่อกลูโคสบกพร่อง ในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตั้งครรภ์ไม่ถือเป็น GDM

๒. ประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Statistical Risk Class) ได้แก่ กลุ่มคนซึ่งไม่มีอาการของโรคเบาหวาน เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคสบกพร่องแล้วพบว่าปกติ ประวัติและผลการตรวจร่างกายปกติ แต่มีแนวโน้มและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวาน หรือ IGT มากกว่าคนอื่นๆ แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๒.๑ กลุ่มที่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เรียกว่า Previous Abnormality of Glucose Tolerance เช่น ในคนที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในขณะตั้งครรภ์ หรือในรายที่เกิดความเครียดฉับพลัน

๒.๒ กลุ่มที่ไม่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง หรือกลุ่มคนที่ไม่เคยมีระดับน้ำตาลในเลือกสูงกว่าปกติ แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่นๆ เรียกว่า Potential Abnormality of Glucose หรือ Prediabetic Potential Diabetes Mellitus แบ่งออกได้ ๒ กลุ่ม คือ

(๑) กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่ตรวจพบสารต่อต้านในเลือด (Antibody) ต่อเซลล์ตับอ่อน (Islets Cell) หรือแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน ที่คู่แฝดของตนเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

(๒) กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่บุคคลที่มีประวัติพ่อแม่ พี่น้อง และแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน เป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการ คือ ความอ้วน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอาหาร และลักษณะการดำเนินชีวิตอาจมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้

การจำแนกประเภทโรคเบาหวานของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้จำแนก ประเภทของโรคเบาหวาน[๑๓๓] ได้แก่

---

[๑๓๓] ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัวพิมล, “การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน,” ใน **ตำราโรคเบาหวาน**, บรรณาธิการ โดย อภิชาติ วิชญาณรัตน์, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๗.

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (Type1 DM) ซึ่งเกิดจากร่างกายขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เมื่อไม่มีอินซูลินร่างกายก็ไม่สามารถที่จะนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาล ไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย

๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type2 DM) เกิดจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และ มีการหลั่งของอินซูลินลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า ๔๐ ปี ขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ได้ง่าย นอกจากนี้กรรมพันธุ์ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการโรคอย่างมาก ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ได้มากด้วย อาการที่เกิดมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการเลยแต่ตรวจพบโดยบังเอิญหรือมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจนถึง ขั้นแสดงอาการรุนแรง ตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ตามปกติ หรืออาจจะน้อยหรือมากกว่าปกติได้ แต่อินซูลินที่มีอยู่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดีจึงไม่ถึงกับขาดอินซูลินไป โดยสิ้นเชิงเหมือนคนที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จึงไม่ทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน ในคนอ้วนอินซูลินจะออกฤทธิ์ได้น้อยกว่าปกติ จึงเป็นเหตุให้คนอ้วนเป็นเบาหวานประเภทนี้กันมาก

๓. โรคเบาหวานชนิดอื่น (Other Specific Type of Diabetes) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบได้น้อย อาจพบร่วมกับโรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของฮอร์โมน ยาหรือสารเคมี และเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมบางชนิด

๔. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus : GDM) เป็นโรคเบาหวาน ที่พบในขณะตั้งครรภ์ ภายหลังการคลอดบุตรโรคนี้ก็อาจหายไปหรือไม่มีอาการ แต่บางรายอาจเป็นโรคเบาหวานตลอดไป เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย

กล่าวโดยสรุป การจำแนกโรคเบาหวาน แบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือ ๑.มีอาการทางคลินิกของโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ชนิดพึ่งอินซูลิน,ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน,พบร่วมกับภาวะอื่น) ผู้ที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องและผู้ป่วยที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่องในระหว่างตั้งครรภ์ ๒.ประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ กลุ่มที่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง กลุ่มที่ไม่เคยมีความทนต่อกลูโคสบกพร่องแต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนอื่น

๒.๔.๔ สาเหตุที่ทำให้เป็นเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ และคณะ [๑๓๔]ให้แนวคิดไว้ว่า เบาหวานสืบทอดได้ทางกรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งในหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดเบาหวาน ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เป็นเบาหวาน มีดังนี้

๑) ความอ้วน เนื่องจากคนอ้วนเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย มีการตอบสนองต่ออินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

๒) อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งอินซูลินน้อยลงขณะที่รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

๓) ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามาก หรือตับอ่อนบอบช้ำจากการได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องตัดตับอ่อนออกบางส่วน สำหรับคนที่มีความโน้มเอียงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวจะทำให้อาการเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น

๔) การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน มีรายงานว่าเด็กอายุ ๑๐ ปีเป็นเบาหวานอย่างปัจจุบันทันด่วน และเสียชีวิตลง หลังจากมีอาการเหมือนไข้หวัดใหญ่มาก่อนจากการตรวจตับอ่อน พบว่า สามารถเพาะเชื้อไวรัสจากเนื้อเยื่อของตับอ่อน เมื่อทดลองฉีดไวรัสนี้เข้าไปในหนู พบว่าไวรัสชนิดนี้ทำให้หนูเป็นเบาหวาน

๕) ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

๖) การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้น มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

สาเหตุของโรคเบาหวาน มีดังต่อไปนี้

๑. สาเหตุจากกรรมพันธุ์

๑) พันธุกรรมโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดเลือดขาว

๒) พันธุกรรมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดเลือดขาวแต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนและอายุที่เพิ่มขึ้น

๒. สาเหตุที่ไม่ใช่กรรมพันธุ์

๑) โรคอ้วน คนอ้วนมักจะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง แต่อินซูลินรีเซปเตอร์ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลงหรือมีความผิดปกติในระดับหลังต่อรีเซปเตอร์ เป็นผลให้

---

[๑๓๔] เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, หน้า ๓๕.

อินซูลินที่เหลือออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์จึงต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพและในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอจึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน หากคนอ้วนลดน้ำหนักลงจำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์จะเพิ่มขึ้นทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีดังปกติ[๑๓๕] กล่าวว่าความอ้วนเป็นปัจจัยที่มีความหมายทั้งระยะเวลาและความรุนแรง ความชุกของโรคเบาหวานในคนอ้วนพบมากเป็น ๓ เท่าของคนไม่อ้วน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบมากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเกิน

๒) ความเครียด ทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีนหลั่งมาก กลูโคสจึงสูงขึ้น ความเครียดและอารมณ์มีผลต่อโรคเบาหวาน สำหรับความเครียดมี ๒ ประเภท ประเภทที่หนึ่งให้ผลดีเพราะช่วยกระตุ้นให้เราทำงานอย่างเต็มความสามารถ ประเภทที่สองทำให้เรารู้สึกไม่สบายเป็นอันตรายมากกว่า[๑๓๖]

๓) เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม ได้แก่ เชื้อรูเบลลาที่ทำให้เกิดหัดเยอรมันและเชื้อไวรัสคาซากิ้ บี เชื้อดังกล่าวอาจทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและทำลายเบตาเซลล์จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

๔) ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน เช่น โกรทฮอร์โมนสูงทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติโคสตีรอยด์ทำให้เร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากสารโปรตีนแคทีโคลามีนสูง ทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น เป็นต้น

๕) การขาดเบตาเซลล์หรือจำนวนเบตาเซลล์น้อยลง มีสาเหตุจากการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้เบตาเซลล์ถูกทำลาย การตัดตับอ่อนออก การดื่มสุราซึ่งทำให้ขาดสารอาหารโปรตีนและแคลอรี่ เป็นต้น

๖) โรคตับ ทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนได้ ระดับกลูโคสในเลือดจึงสูง

๗) ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิโซโลน โดยยาเหล่านี้จะไปต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อยาดังกล่าวหมดฤทธิ์ยาอินซูลินก็จะออกฤทธิ์ดังเดิม

๘) การขาดการออกกำลังกาย ทำให้อินซูลินรีเซปเตอร์ลดน้อยลง

---

[๑๓๕] มันฑนา ประทีปเสน และวงเดือน ปั้นดี, **อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน**, (นครปฐม : ม. ป.พ., ๒๕๔๖), หน้า ๒๖.

[๑๓๖] ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, **เบาหวานกับการรักษาตนเอง,** พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รวมทัศน์, ๒๕๔๑), หน้า ๑๗.

๙) การตั้งครรภ์เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน และความเครียดจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติคลอดลูกตัวโตกว่าปกติ[๑๓๗]

โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือด มากๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวานหรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่าเบาหวาน ผู้ป่วยมักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เนื่องจากน้ำตาลที่ออกมาทางไตจะดึงเอาน้ำจากเลือด ออกมาด้วยจึงทำให้มีปัสสาวะมากกว่าปกติ เมื่อถ่ายปัสสาวะมากก็ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ ต้องดื่มน้ำบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงานจึงหันมาเผาผลาญ กล้ามเนื้อและไขมันแทน ทำให้ร่างกายผ่ายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบอ่อนเปลี้ยเพลียแรง นอกจากนี้ การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่างๆ จึงทำให้อวัยวะต่างๆ เกิดความผิดปกติ และนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย โรคนี้มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อแม่หรือญาติพี่น้อง เป็นโรคนี้ด้วย นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วนมากเกินไป หรือรับประทานหวานมากๆ จนอ้วนก็อาจเป็นเบาหวานได้ มีลูกดก หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น ยาสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรืออาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็ง ระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ[๑๓๘] เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป สาเหตุของโรคเบาหวาน ได้แก่ สาเหตุจากกรรมพันธุ์ และสาเหตุที่ไม่ใช่กรรมพันธุ์ เช่น โรคอ้วน อายุ ความเครียด ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ยาบางชนิด การขาดการออกกำลังกาย การตั้งครรภ์ ผู้ป่วยอาจมีหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น มีพันธุกรรมเป็นโรคเบาหวาน อ้วน ตั้งครรภ์ มีความเครียดและขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีอาการของโรคเบาหวาน

๒.๔.๕ อาการของโรคเบาหวาน

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานบางทีเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการอะไรบ่งชี้ ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นอย่างเงียบๆ หากไม่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก็จะไม่ทราบเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่งโรค

---

[๑๓๗] ศุภลักษณ์ จันหาญ, การบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม, **วิทยานิพนธ์ ส.ม.**, (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๖), หน้า ๑๕.

[๑๓๘] มันทนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปั้นดี, **อาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด,** (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ๒๕๔๒), หน้า ๔๑.

ได้ดำเนินไปมากแล้วถึงจะรู้ตัว บางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์เนื่องจากโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นโดยที่ตนเองไม่รู้ตัวมาก่อนเลยว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งปล่อยไว้บางรายอาจอันตรายถึงชีวิต

เทพ หิมะทองคำ และคณะ[๑๓๙] สรุปอาการของโรคเบาหวานที่สำคัญได้ ดังนี้

๑. ปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก เนื่องจากในกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะ ไตจำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

๒. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปเพราะปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อยๆ

๓. น้ำหนักลด และผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงต้องนำโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อาการมักค่อยเป็นค่อยไป เรื้อรัง น้ำหนักตัวอาจจะลดลงบ้างเล็กน้อย

๔. หิวบ่อย และกินจุ เนื่องจากร่ายกายขาดพลังงาน จึงหิวบ่อยและกินจุ

กล่าวโดยสรุป อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก กระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะ ไตจำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด และผอมลง หิวบ่อย และกินจุ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจแตกต่างในระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน

๒.๕.๖ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๑. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารมาตรวจ วัดเมื่องดอาหารและน้ำ ไม่ต่ำกว่า ๑๐ ชั่วโมง ถ้าได้มากกว่า ๑๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่ามีแนวโน้มเริ่มน้ำตาลสูง ถ้ามากกว่า ๑๒๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตร บ่งชี้ว่าเป็นเบาหวาน หากต่ำมากแสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ค่าอ้างอิงปกติ ๖๐-๑๒๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าที่เหมาะสมที่สุด ๘๕-๙๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตร[๑๔๐]

๒. ตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ไตสามารถกรองน้ำตาลในปัสสาวะได้ ๑๘๐-๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถ้ามากกว่านั้นไตกรองไม่ได้ น้ำตาลจะออกมาพร้อมกับปัสสาวะ ถ้าตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะถือว่าเป็นเบาหวาน [๓๖]

---

[๑๓๙] เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, หน้า ๓๒.

[๑๔๐] กฤษดา ศิรามพุช, **อายุยืน คุณกำหนดได้**, (กรุงเทพมหานคร : ส.เจริญการพิมพ์, ๒๕๔๙),หน้า ๑๐๐.

๓. ตรวจระดับไขมันในเลือด ดูระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ว่าสูงหรือไม่ เพื่อประกอบกับระดับน้ำตาลในเลือด

๔. Hb A_1C ซึ่งเป็นเม็ดเลือดแดงที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ สามารถบอกความรุนแรงของโรค

สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา[๑๔๑] และองค์การอนามัยโลก[๑๔๒] ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ดังนี้

๑. มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตาม มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ

๒. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ

๓. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ ๒ ชั่วโมงหลังการตรวจ ๗๕ กรัม OGTT มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้ทั้ง ๓ วิธี โดยแต่ละวิธีจะต้องได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย[๑๔๓] จากการเจาะที่ปลายนิ้วไม่เกิน ๑๔๐ mg% ถือว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล[๑๔๔] ได้สรุปว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ดัดแปลงมาจากเกณฑ์ของ The National Diabetes Data Group (NDDG) และองค์การอนามัยโลก (WHO) เกณฑ์ในการวินิจฉัยใหม่ มีดังนี้

๑. มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับน้ำตาลในพลาสมา เวลาใดก็ตามที่ค่ามากกว่าหรือ เท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล. (อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ)

๒. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มก./ดล. (ขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหาร หรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง)

๓. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ ๒ ชั่วโมง หลังการตรวจ ๗๕ กรัม OGTT มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล.

---

[๑๔๑] ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, “Update in Diabetes Mellitus,” **ศรีนครินทร์เวชสาร**, ๑๓ (ฉบับพิเศษ), มกราคม-เมษายน, ๒๕๔๑), หน้า ๔๗.

[๑๔๒] อ้างแล้ว, หน้า ๔๗.

[๑๔๓] เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๗.

[๑๔๔] ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล, “**โรคเบาหวาน**.”, หน้า ๕๑.

กล่าวโดยสรุป การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน มีดังนี้ ตรวจเลือดพบระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ ๒ ชั่วโมง หลังการตรวจ ๗๕ กรัม OGTT มากกว่า หรือเท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน (ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ)

๒.๕.๗ การรักษาโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ และคณะ[๑๔๕] ได้อธิบายไว้ว่าการรักษาโรคเบาหวาน มี ๓ วิธี ทั้งนี้ขึ้นกับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมา ดังนี้

๑. การควบคุมอาหาร ในเวลา ๒๐๐ ปี การรักษาโรคเบาหวานมีอยู่วิธีเดียวเท่านั้น คือ การจำกัดอาหาร เริ่มโดยแพทย์ชาวอังกฤษ โดยการอดอาหารและการจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลงเป็นอันมาก เมื่อถึงยุคอินซูลิน สถิติการตายของผู้ป่วยยิ่งน้อยลงอีก แต่การควบคุมอาหารเป็นหัวใจของการควบคุมโรคเบาหวาน เพราะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ ๕๐ หลักสำคัญในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีหลักการเลือก ดังนี้

๑) รับประทานอาหารหลากหลาย และมีความสมดุลของอาหาร รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่ควรรับประทานเวลาที่หิว เพราะจะทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร

๒) หลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่ส่วนผสมของน้ำตาล

๓) รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มมากขึ้น

๔) รับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยลง

๕) ลดอาหารเค็ม หรือการใช้เกลือในอาหารให้น้อยลง

๖) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๒. การรักษาด้วยยาฉีด มียาเพียงอย่างเดียว คือ อินซูลิน ซึ่งสกัดจากตับอ่อนของหมูและวัว แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดของอินซูลินที่ให้กับผู้ป่วย ซึ่งมีการออกฤทธิ์สั้น ออกฤทธิ์ปานกลางและชนิดผสม

๓. การรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้รักษาโรคเบาหวานที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑) ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้ หลั่งอินซูลินออกมา ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

---

[๑๔๕] เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, หน้า ๑๐๗-๑๒๑.

๒) ยากลุ่มเฟนเอธิล ไบกัวไนล์ (Phenethel Biguanides) ยากลุ่มนี้ใช้ได้ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุน้อย ซึ่งการรักษาด้วยยาซัลโฟนิลฟูเรียไม่ได้ผล ยานี้ช่วยลดน้ำหนัก ทำให้ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดลดลงน้อย ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการใช้กลูโคสในกระบวนการแอนแอโรบิค กลัยโคไลสิส ลดการดูดซึมของกลูโคสจากทางเดินอาหาร และยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับด้วย ผลข้างเคียงของพิษยา มักมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้อาเจียน แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว แพทย์วินิจฉัยถึงชนิดและขนาดยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการเพิ่ม และลดขนาดของยา ต้องสัมพันธ์กับภาวะของโรค แม้ว่าการใช้ยาอยู่ในความดูแลของแพทย์แต่ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทาน การออกฤทธิ์ของยาต้องสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร หรือการใช้พลังงานของร่างกาย ถ้าไม่ได้สัดส่วนกัน จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจทำให้หมดสติ

๓) ยาเพิ่มความไวต่ออินซูลิน เป็นพัฒนาการใหม่ล่าสุดของยารักษาเบาหวาน โดยมีกลไก คือ ยาจะไปกระตุ้นให้เซลล์ร่างกายสร้างสารที่ช่วยให้เซลล์ มีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น จึงเพิ่มการนำน้ำตาลและไขมันเซลล์

กล่าวโดยสรุป การรักษาโรคเบาหวานเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและป้องกันโรคแทรกซ้อน มี ๓ วิธีที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินซึ่งแพทย์จะเลือกใช้ขนาดและชนิดของอินซูลินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทาน ผู้ป่วยทุกรายต้องควบคุมอาหาร แต่การใช้ยาอาจใช้ยาฉีดอินซูลินและยารับประทานอาจใช้ร่วมกันหรือใช้เพียงวิธีเดียว นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้พลังงานกล้ามเนื้อ ช่วยเผาผลาญน้ำตาลในเลือด

๒.๕.๘ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภท เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและคุกคามชีวิตได้ ปัจจัยที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน คือระยะเวลาที่ป่วย การควบคุมโรคได้ไม่ดี การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ส่วนมากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จะมีปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน[๑๔๖] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานมี ๒ ประเภทคือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีอาการจะรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรก สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเวลาถ้ามีการควบคุมโรคได้ไม่ดีโรคแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

---

[๑๔๖] ศุภลักษณ์ จันหาญ, การบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม, **วิทยานิพนธ์ ส.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๖), หน้า ๑๖.

๑) โรคติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น การอักเสบหรือเป็นฝีที่ผิวหนังบริเวณกลางหลังต้นคอ และบริเวณเท้า สำหรับอวัยวะอื่นที่มีการติดเชื้อ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ กรวยไต ปอด (วัณโรคปอด)

๒) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวและขาดการรักษาหรือมีภาวการณ์ติดเชื้อรุนแรงเช่น ปอดอักเสบ หรือมีการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ (สูงเกิน ๖๐๐ มิลลิกรัมต่อเลือด ๑๐๐ มิลลิลิตร) ผู้ป่วยที่เกิดจากการขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ ชักหมดสติ โดยก่อนจะหมดสติเป็นวันหรือสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย มักพบในคนอ้วนที่มีอินซูลินในเลือดสูง

๓) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดขึ้นได้เพราะได้รับอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลเกินขนาด ได้รับยาลดน้ำตาลที่ออกฤทธิ์นานเกิน การรับประทานยาสมุนไพรร่วมกับยาลดน้ำตาล การรับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือรับประทานอาหารไม่ได้ การออกกำลังกายมากเกินไป ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึงการที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ๗๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน อาการที่แสดงได้พบ ได้แก่ ใจสั่น หิว เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นลม เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียน ปวดศีรษะ อาจมีอาการชักและหมดสติได้ จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นก่อนหมดสติเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะแตกต่างกัน แต่ถ้าไม่แน่ใจว่าการหมดสติเนื่องมาจากอะไรแน่ ก็ให้อนุโลมว่าคงเนื่องมาจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไว้ก่อนแล้วให้รีบกินน้ำตาลทันที เพราะช้าไปอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[๑๔๗] ด้วยเหตุลักษณะนี้ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้ถึงลักษณะอาการของโรคเบาหวานและควรที่จะมีน้ำตาลก้อนหรือลูกอมพกติดตัวไว้เสมอ

๒. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มักทำให้ผู้ป่วยพิการหรือคุณภาพชีวิตด้อยลง อาการแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

๑) โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การอักเสบของระบบขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวานพบบ่อย ๒ – ๓ เท่าของคนปกติ ทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีน้ำตาลทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การอักเสบเกิดขึ้นตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ เข้าไปถึงเนื้อไต ทำให้เกิดการอักเสบของไตและกรวยไต หากเบาหวานลงไตมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะผ่านจากภาวะไมโครแอลบูมินเข้าสู่ภาวะแอลบูมิน คือจะมีแอลบูมินในปัสสาวะวันละมากกว่า ๓๐๐ มิลลิกรัม และโปรตีนแอลบูมินรั่วออกจากร่างกายมากๆ เข้าจะทำให้โปรตีนแอลบูมินในเลือดต่ำลงเกิดอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณเท้า ในระยะต้นอาจบวมๆ ยุบๆ และต่อมาก็จะบวม

---

[๑๔๗]พรพิไล วรรณสัมผัส, ผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยสิงห์จังหวัดยโสธร, **วิทยานิพนธ์ ส.ม.,** (มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๗), หน้า ๑๑.

ตลอดเวลาทั้งตัว ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยสุดท้ายไตพิการหรือไตวายเรื้อรัง

๒) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานมีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของจอตาและหน่วยไต[๑๔๘] หลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นผลจากการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและการสะสมสารซอร์บิทอล ผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเป็นหลอดเลือดที่สมองก็ทำให้เป็นอัมพาต[๑๔๙]

๓) จอตาเสื่อม เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่เป็นเวลานานเกิน ๓๐ ปี มักมีพยาธิสภาพบริเวณจอภาพของตา ตามสถิติพบว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ มา ๑๐ ปี จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานขึ้นตาได้ ๕๐ คนในร้อยคนหรือหากเป็นเบาหวานมานาน ๒๐ ปี โอกาสที่จะเกิดโรคสูงถึง ๙๐ คนในร้อยคน ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร และกรรมพันธุ์

๔) ระบบประสาท เนื่องจากขนาดของใยประสาทเล็กลงและปริมาณใยประสาทลดลงทำให้สื่อนำความเร็วประสาทลดลง การรับความรู้สึกสูญเสียไป ซึ่งเป็นนานจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูง อัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทสั่งการจะลดลง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะเวลานานมักมีความบกพร่องในการทำงานของทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทปลายทาง ผู้ป่วยมักแสดงอาการชา ปวดแสบปวดร้อนบริเวณแขนขา หรือมีอาการสัมผัส

๕) ความดันโลหิตสูง พบได้มากกว่าคนปกติประมาณ ๒ เท่า อาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพของไตทำให้หลอดไตฝอยดูดโซเดียมกลับมากขึ้นเพิ่มปริมาณของเลือด

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์[๑๕๐] ได้สรุปว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจัดเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นเหตุที่ทำอันตรายทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ง่ายฉะนั้นถ้าเราได้ทราบถึงการเกิด และอันตรายอันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

---

[๑๔๘] อดิศัย ภูมิวิเศษ, ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน, **การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๓๗), หน้า ๑๖.

[๑๔๙] ภาวนา กีรติยุตวงศ์, **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล,** พิมพ์ครั้งที่ ๒, (ชลบุรี : บริษัท พี.เพรส จำกัด, ๒๕๔๔), หน้า ๑๘.

[๑๕๐] ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, “แนวความคิดใหม่ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒,” **สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย**, หน้า ๓๑.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[๑๕๑] ได้สรุปว่าโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพุทพลภาพ และเสียชีวิตได้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งได้ ๒ ประเภท คือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ได้แก่

๑) ภาวะติดเชื้อ(Infection) เมื่อร่างกายเกิดน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีผลให้ระบบต่อต้านเชื้อโรคลดลง อวัยวะที่ไวต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวหนัง ปอด กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ ในสมัยที่ยังไม่มียาปฏิชีวนะผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องเสียชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อ ร้อยละ ๒๐ แต่หลังจาก ปี พ.ศ. ๒๔๙๗ มียาฆ่าเชื้อชนิดแรกได้ผลิตออกมาใช้โรคติดเชื้อลดลงกว่าร้อยละ ๕ การติดเชื้อจัดเป็นความเครียดอย่างหนึ่งทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต เป็นเหตุให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และอาการกำเริบจนถึงกับคีโตสิสหมดสติได้ง่าย ร่างกายจึงต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้น บริเวณที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ ผิวหนัง

๒) โรคปวดข้อ โรคข้อบางชนิดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญคือ โรคเก๊าท์ โรคกระดูกสึกกร่อน โรคข้ออักเสบ โรคข้อสลาย โรคข้อสลายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Neuroartropathy) มักจะพบในคนที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และไม่ได้รับการรักษาดีพอจึงเกิดโรคแทรกซ้อนคือปลายประสาทอักเสบ ทำให้ไม่ค่อยมีความรู้สึก ข้อต่างๆ หมดความรู้สึกต่อแรงกระทบ ถ้าข้อเหล่านั้นรับน้ำหนักหรือแรงกระแทกมากเกินไปข้อจะแตก ทำให้ผิดรูปร่างไปส่วนมากพบที่เท้า ข้อเท้า และข้อเข่า

๓) วัณโรค จากการสำรวจภาพเอ็กซเรย์ปอดของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีร้อยละ ๔ ที่เป็นโรคเบาหวาน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักลดลงหรือต้องการอินซูลินมากขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ ควรคำนึงถึงการเกิดโรควัณโรคด้วย

๔) โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบได้บ่อย ๒-๓ เท่าของคนปกติ เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีน้ำตาลทำให้เชื้อโรคเจริญได้ดี การอักเสบเกิดขึ้นตั้งแต่หลอดปัสสาวะไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และกรวยไต ผลการตรวจศพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าเป็นโรคไตอักเสบ ร้อยละ ๑๘-๒๒ ส่วนคนปกติพบเพียงร้อยละ ๓-๔

๕) ภาวะไม่รู้สึกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือดมักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย ก่อนหมดสติผู้ป่วยจะมีอาการแสดงล่วงหน้า คือ หิว กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ตรวจพบน้ำตาลในเลือด และในปัสสาวะสูง ธาตุโซเดียมในเลือดลดลงเล็กน้อย การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะนี้รักษายาก แม้จะรักษาด้วยการให้น้ำเกลือก็ช่วยชีวิตได้เพียงร้อยละ ๖๐ เท่านั้น

---

[๑๕๑] มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช, **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**, (นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๓๙), หน้า ๓๑๖-๓๑๗.

๖) ภาวะไม่รู้สึกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง และพบสารคีโตนคั่งในร่างกายมักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้อาเจียน ซึมหมดสติ ไม่รู้สึกตัวในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบมากที่สุด ร้อยละ ๗๔ ของการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๗) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า ๕๐ มิลลิกรัม ต่อเลือด ๑๐๐ มิลลิลิตร สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรได้รับ หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานที่มากกว่าปกติ ผู้ป่วยมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกตัวจนสิ้นสติ

๒. ภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนประเภทนี้ พบว่าเป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของการตีบตันของเส้นเลือด จากสารไขมันไปเกาะผนังเส้นเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายของโรคเบาหวานได้ดังนี้[๑๕๒] คือ

๑) อัตราส่วนต่อหัวใจและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย พบได้เป็น ๒เท่าของคนปกติ นอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโนนารีจากกระบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังเส้นเลือด (Arteriosclerosis) หัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก (Angina Pectoris) ได้

๒) อันตรายต่อไต (Diabetes Nephropathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือดที่ไต ทำให้ขับสารโปรตีนออกมาในปัสสาวะ พบสารโปรตีนในปัสสาวะ (Protienuria) และเกิดการคั่งของสารพวกไนโตรเจนในเลือด (Blood Urea Nitrogen) และครีเอตินิน (Creatinin) ทำให้เกิดภาวะไตวาย พบมากกว่าคนปกติประมาณ ๑๗ เท่า

๓) อันตรายต่อตา (Diabetes Retinopathy) จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพหลอดเลือด ทำให้เกิดการทำลายจอรับภาพ และการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความรุนแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง ๒๐ เท่า

๔) อันตรายต่อระบบประสาท (Diabetes Neuropathy) อันตรายต่อระบบประสาทนี้ แบ่งออกเป็น ๓ ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

(๑) ระบบประสาทที่รับความรู้สึก (Sensory Nerve) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพยาธิสภาพโดยมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ประกอบกับ

---

[๑๕๒] เทพ หิมะทองคำ และคณะ, **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**, หน้า ๒๒.

เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ น้อยลง เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกว่าเป็นไม่มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่ หรือดูแลไม่ถูกต้อง แผลลุกลามรวดเร็วและรุนแรง เป็นสาเหตุให้ต้องตัดนิ้ว หรือตัดขา พบมากกว่าคนปกติ ๖-๘ เท่า

(๒) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ทำให้การควบคุมของอวัยวะส่วนนั้นบกพร่องไปที่พบมาก คือ ระบบประสาทในการควบคุมการขับปัสสาวะ

(๓) ระบบประสาทสั่งงาน (Motor Nerve) พบได้น้อยมาก มักเกิดกับกล้ามเนื้อเล็กๆ บริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ มีอาการมือเท้าตก (Foot Drop) หรืออ่อนแรงของแขนขาได้

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ระยะเวลาที่ป่วย การควบคุมโรคได้ไม่ดีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานมี ๒ ประเภทคือ ๑) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีอาการจะรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดโรคติดเชื้อ การขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ ชัก หมดสติ, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการที่แสดงได้พบ ได้แก่การใจสั่น หิว เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นลม เหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียน ปวดศีรษะ อาจมีอาการชักและหมดสติได้ ๒) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มักทำให้ผู้ป่วยพิการหรือคุณภาพชีวิตด้อยลง เช่น ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะไตวาย ตาบอด

๒.๕ การภาวนา ๔

ภาวนา การขัดเกลาเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีคุณสมบัติตามประสงค์ เป็นการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเน้นการพัฒนาทางด้านจิตใจและปัญญา ตามหลักพุทธศาสนากล่าวภาวนาไว้ ๒ ระดับ คือ สมถภาวนา การอบรมขัดเกลาจิตใจให้มีความสงบมีสมาธิมั่นคง และวิปัสสนาภาวนา การอบรมขัดเกลาด้านปัญญา ให้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง[๑๕๓]

ภาวนา ๔ หมายถึง การเจริญ, การทำให้เป็นให้มีขึ้น, การฝึกอบรม, การพัฒนา ได้แก่

๑. กายภาวนา คือ การเจริญกาย, พัฒนากาย, การฝึกอบรมกาย ให้รู้จักติดต่อเกี่ยวข้องกับสิ่งทั้งหลายภายนอกทางอินทรีย์ทั้ง ๕ ด้วยดี และปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็น

---

[๑๕๓] พระมหาบุญเพียร ปุญญวิริโย (แก้ววงศ์น้อย), “แนวคิดและวิธีขัดเกลาทางสังคมในสถาบันครอบครัวแนวพระพุทธศาสนา”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๔), หน้า ๔๕–๖๐.

คุณ มิให้เกิดโทษ ให้กุศลธรรมงอกงาม ให้อกุศลธรรมเสื่อมสูญ, การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

๒. สีลภาวนา คือ การเจริญศีล, พัฒนาความประพฤติ, การฝึกอบรมศีล ให้ตั้งอยู่ในระเบียบวินัย ไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหาย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี เกื้อกูลแก่กัน

๓. จิตตภาวนา คือ การเจริญจิต, พัฒนาจิต, การฝึกอบรมจิตใจ ให้เข้มแข็ง มั่นคง เจริญงอกงามด้วยคุณธรรมทั้งหลาย เช่น มีเมตตา ขยันหมั่นเพียร อดทน มีสมาธิและสดชื่นเบิกบาน เป็นสุขผ่องใส

๔. ปัญญาภาวนา คือ การเจริญปัญญา, พัฒนาปัญญา, การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริง รู้เท่าทันเห็นแจ้งโลก และชีวิตตามสภาวะ สามารถทำจิตใจให้เป็นอิสระ ทำตนให้บริสุทธิ์จากกิเลส และปลอดพ้นจากความทุกข์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญา

ภาวนา ๔ [๑๕๔]คือการเจริญ การทำให้เป็นให้มีขึ้น การพัฒนา การฝึกอบรม ได้แก่

๑. กายภาวนา การเจริญกาย พัฒนากาย การฝึกอบรมกาย

๒. สีลภาวนา การเจริญศีล พัฒนาความประพฤติ การฝึกอบรมศีล ให้ตั้งอยู่ในระเบียบวินัย

๓. จิตตภาวนา การเจริญจิต พัฒนาจิต การฝึกอบรมจิตใจ ให้เข้มแข็งมั่นคง เจริญงอกงามด้วยคุณธรรมทั้งหลาย

๔. ปัญญาภาวนา การเจริญปัญญา พัฒนาปัญญา การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้ให้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริง

หลักการของพระไตรปิฎก ได้กล่าวไว้ เกี่ยวกับเรื่อง พุทธภาวนา ก็คือ ในเรื่องไตรสิกขา (ศีล สมาธิ ปัญญา) ซึ่งปรากฏอยู่ใน สุตตันตปิฎก เล่มที่ ๙ ทีฆวรรค สีลขันธวรรค สุภะสูตรที่ ๑๐ หน้าที่ ๑๙๗ – ๒๑๒ ที่กล่าวไว้ ในรูปของปุจฉา วิสัชชนา ส่วนเล่มที่ ๑๑ ที.ปา สาทิกสูตร สังคีต ปาฏิกวรรค สิกขา ๓ สูตรที่ ๑๐ ได้อธิบายเกี่ยวกับเรื่องของพุทธภาวนาไว้ดังนี้

สิกขา ๓

๑. อธิสีลสิกขา	(สิกขา คือ ศีลอันยิ่ง)
๒. อธิจิตตสิกขา	(สิกขา คือ จิตอันยิ่ง)
๓. อธิปัญญาสิกขา	(สิกขา คือ ปัญญาอันยิ่ง)

---

[๑๕๔] พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์,** (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓), หน้า ๑๙๑.

ภาวนา ๓

๑. กายภาวนา (การอบรมกาย)
๒. จิตตภาวนา (การอบรมจิต)
๓. ปัญญาภาวนา (การอบรมปัญญา)

ในบาลีที่มาท่านแสดงภาวนา ๔ นี้ในรูปที่เป็นคุณบทของบุคคล จึงเป็น **ภาวิตกาย ภาวิตศีล ภาวิตจิต ภาวิตปัญญา** (ผู้ได้เจริญกาย ศีล จิต และปัญญาแล้ว) บุคคลที่มีคุณสมบัติชุดนี้ครบถ้วนย่อมเป็นพระอรหันต์[๑๕๕]

กล่าวโดยสรุป ภาวนาหมายถึงการเจริญ, การทำให้เป็นให้มีขึ้น, การฝึกอบรม, การพัฒนา มี ๔ ด้าน ได้แก่ กายภาวนา คือ การเจริญกาย พัฒนากาย, สีลภาวนา คือ การเจริญศีล พัฒนาความประพฤติ, จิตตภาวนา คือ การเจริญจิต พัฒนาจิต การฝึกอบรมจิตใจให้เข้มแข็ง มั่นคง เจริญงอกงามด้วยคุณธรรมทั้งหลายและปัญญาภาวนา คือ การเจริญปัญญา พัฒนาปัญญา การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริง

๒.๖ แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาชีวิต

๒.๖.๑ ความหมายของการพัฒนา

ความหมายของคำว่า “การพัฒนา” นั้น ได้มีนักวิชาการหลายๆ ท่านได้ให้ความหมายไว้ดังจะได้นำมากล่าวเป็นตัวอย่างต่อไป คือ

อุบลรัตน์ เพ็งสถิต[๑๕๖] ได้ให้ความหมายคำว่า พัฒนาการ หมายถึง ลักษณะของการเปลี่ยนแปลง ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีระเบียบแบบแผน หรือการเจริญเติบโตอย่างมีแบบแผน ส่วนการเจริญเติบโตนั้น

ดร.ศรีเรือน แก้วกังวาล[๑๕๗] กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความเข้าใจกระบวนการพัฒนาแล้ว เขาสามารถพัฒนาชีวิตของตนให้มีคุณภาพด้วยตนเอง การพัฒนาทุกๆ ด้าน มีผลกระทบต่อกันและกัน พัฒนาการทุกประเภท มีขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการข้ามขั้น ผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยทั้งเชิงทฤษฎี ปฏิบัติหลักการทั้งในและนอกประเทศ หากมิใช่เกิดจากเงื่อนไขของสังคมวัฒนธรรม เฉพาะถิ่น ย่อมมีความเป็นสากล

---

[๑๕๕] พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลธรรม,** (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘), หน้า ๘๑.

[๑๕๖] อุบลรัตน์ เพ็งสถิต, **จิตวิทยาพัฒนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร **:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง , ๒๕๔๖), หน้า ๓.

[๑๕๗] ศรีเรือน แก้วกังวาน, **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**, พิมพ์ครั้งที่ ๗, (กรุงเทพมหานคร **:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๐), หน้า ๑๙.

วิทยากร เชียงกูล[๑๕๘] ได้แสดงความเห็นถึง “การพัฒนา” ว่าการพัฒนาที่แท้จริงควรหมายถึง การทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมีความสุข ความสะดวกสบาย ความอยู่ดีกินดี ความเจริญงอกงามทางศิลปวัฒนธรรมและจิตใจ และความสงบสันติ ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับการได้รับปัจจัยทางวัตถุ เพื่อสนองความต้องการของร่างกายแล้ว ประชาชนยังต้องพัฒนาทางด้านการศึกษา สิ่งแวดล้อมที่ดี การพักผ่อนหย่อนใจและการพัฒนาทางวัฒนธรรมและจิตใจด้านต่าง ๆ ด้วย ความต้องการทั้งหมดนี้เรียกว่า เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นว่า การพัฒนาไม่ได้ขึ้นอยู่กับการเพิ่มปริมาณสินค้า หรือการเพิ่มรายได้เท่านั้น แต่อยู่ที่การเพิ่มความพอใจและความสุขของประชาชนมากกว่า

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงชีวิตไปอย่างมีระเบียบแบบแผน มีขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชีวิตมีคุณภาพ มีความสุข มีความเจริญงอกงามทางศิลปวัฒนธรรมและจิตใจ และความสงบสันติ

๒.๖.๒ องค์ประกอบของการพัฒนาชีวิตในทางพระพุทธศาสนา

การพัฒนาทักษะชีวิต ในทางพระพุทธศาสนาจะเกิดขึ้นได้ด้วยการดำเนินชีวิตตามหลักไตรสิกขา ซึ่งประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา เมื่อปฏิบัติทั้งศีล สมาธิเป็นบ่อเกิดแห่งปัญญา[๑๕๙]

การพัฒนาชีวิตให้เกิดมีคุณสมบัติครบทั้ง ๔ ด้าน[๑๖๐] ได้แก่

ด้านภาวิตกาย การพัฒนากาย มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านภาวิตสีล การพัฒนาศีล คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล กับเพื่อนมนุษย์ในสังคม

ด้านภาวิตจิต การเจริญจิต คือการทำจิตใจให้เจริญงอกงามขึ้นในความดีงาม ความเข้มแข็งมั่นคง สงบสุข และเป็นอิสระ

ด้านภาวิตปัญญา คือ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความคิดเหตุผล และการหยั่งรู้ความจริง จนเข้าถึงอิสระภาพ มีชีวิตที่ดีงาม ปลอดทุกข์ปราศปัญหา

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาทักษะชีวิต ในทางพระพุทธศาสนา เมื่อปฏิบัติศีล สมาธิเป็นบ่อเกิดแห่งปัญญา ทำให้ชีวิตมีการพัฒนากาย มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับเพื่อนมนุษย์ในสังคม จิตใจเข้มแข็ง สงบสุขและมีความรู้ความเข้าใจตามความจริง

---

[๑๕๘] วิทยากร เชียงกูล, **การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมไทย : บทวิเคราะห์**, (กรุงเทพมหานคร : ฉับแกระ, ๒๕๒๗), หน้า ๑๒.

[๑๕๙] กรมวิชาการ และกรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ, **เติบใหญ่ใกล้ธรรม**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทุนเพื่อเด็กสหประชาชาติ, ๒๕๓๘), หน้า ๒๒ -๒๓.

[๑๖๐] พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลธรรม**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘), หน้า ๘๑–๘๒.

๒.๖.๓ แนวคิดการพัฒนาชีวิตตามหลักพระพุทธศาสนา

พระธรรมปิฎก[๑๖๑] (ประยุทธ์ ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะคุณภาพชีวิตว่า การพัฒนาทักษะชีวิตนั้นควรพัฒนาทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ **ด้านกาย** เป็น การศึกษา เพื่อให้รู้จักใช้อายตนะและอวัยวะทั้งหลาย มีมือ เท้า ปาก ตา เป็นต้น ทั้งกาย วาจา ให้มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ **ด้านศีล** เพื่อการศึกษา การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับเพื่อนมนุษย์ในสังคมอย่างมีระเบียบ มีระบบ มีวิธีการแสดงออกที่เหมาะสม และมีวินัย **ด้านจิต** เป็นการศึกษาเพื่อฝึกจิตให้เป็นสมาธิ คือไม่ให้วอกแวก กระสับกระส่าย ให้รู้จักมนสิการและมีโยนิโสมนสิการ ทั้งนี้เพราะโลกนี้เต็มไปด้วยพลังงาน (กระแสจิต) จิตจึงต้องมีการควบคุม จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว การทำจิตใจให้เจริญ งอกงาม ขึ้นในความดี ความเข้มแข็ง มั่นคง สงบสุข และอิสระ ในการกระทำซึ่งการแสดงออกทั้งทางกาย หรือ คำพูดทั้งหลาย ล้วนออกมาจากจิตทั้งสิ้น ดังพุทธพจน์ ในพระธรรมบท ขุททกนิกาย “มโนปุพฺพงฺ คมา ธมฺมา มโนเสฏฺฐา มโนมยา“ แปลความว่า “**ธรรม** (คือการกระทำที่เป็นกุศลและอกุศล) ทั้งหลายมีใจเป็นหัวหน้า มีใจประเสริฐสุดสำเร็จด้วยใจ” ด้วยเหตุนี้ การกระทำให้จิตมีสมาธิเพื่อให้เกิดพลัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง **ด้านปัญญา** เป็นการศึกษา อบรม พัฒนาปัญญา ให้เกิดความรู้แจ้งให้รู้จักสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง (ยถา ภูตๆ) เป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความคิดหาเหตุผล และการหยั่งรู้ความจริง จนเข้าถึงอิสรภาพมีชีวิตที่ดีงาม ปลอดทุกข์ ปราศจากปัญหา ปัญญาแบ่งเป็น ๒ ชนิดคือ **โลกียปัญญา** หมายถึง ปัญญาขั้นโลกียะ ไม่เป็นไปเพื่อสิ้นกิเลสตัณหา **โลกุตตรปัญญา** หมายถึง ปัญญาขั้นโลกุตตระ ที่เป็นไปเพื่อสิ้นกิเลสตัณหา ได้แก่ความรู้ในอริยสัจ ๔ โดยตรง

การพัฒนาทักษะชีวิตด้วยพุทธภาวนาเป็นการพัฒนาคนให้รู้จักเป็นอยู่ได้อย่างดี โดยสอดคล้องกับความจริงของชีวิตที่เป็นไปตามธรรมดา การพัฒนามนุษย์ทั้งหลายให้อยู่ในศีลก่อน แต่การจะปฏิบัติศีลได้ก็คงต้องมีการสำรวมกายจัดระเบียบทางกายให้เรียบร้อย เมื่อกายเรียบร้อย ศีลย่อมเกิด บุคคลเมื่อมีศีลก็ย่อมปูพื้นฐานของจิตให้มีเมตตาขึ้น และด้วยปัญญาก็จะเกิดความรู้ ความเข้าใจ ได้มากขึ้นว่าสิ่งไหน ควรทำ ไม่ควรทำ[๑๖๒]

พระธรรมปิฎก[๑๖๓] (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้เกี่ยวกับการศึกษา หรือไตรสิกขาว่าเป็นระบบที่การพัฒนาด้านความสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจเจตจำนงและด้านปัญญาความรู้ความเข้าใจ ย่อมดำเนินประสานไปด้วยกัน และส่งผลต่อกัน โดยเจตจำนงของจิตแสดง

---

[๑๖๑] พระธรรมปิฎก, **พุทธศาสนากับการพัฒนามนุษย์**, พิมพ์ ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด, มปป), หน้า ๓๙.

[๑๖๒] พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), "สู่การศึกษาแนวพุทธ”, **พุทธจักร**, ปีที่ ๕๘ ฉบับที่ ๙ (กันยายน, ๒๕๔๗), หน้า ๑๘ – ๑๙.

[๑๖๓] เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๘ – ๑๙.

ตัวออกมาสู่พฤติกรรม และการสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมปัญญาที่รู้เข้าใจก็มาพัฒนาพฤติกรรมให้ทำได้ผลดียิ่งขึ้น การพัฒนาด้านความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เรียกว่า **ศีล** การพัฒนาด้านเจตจำนงและคุณสมบัติในจิตใจก็เป็น **สมาธิ** ซึ่งรวมไปถึงเรื่องของคุณธรรม ความดี เรื่องสมรรถภาพและประสิทธิภาพของจิตใจ เช่น ความเข้มแข็ง หนักแน่น เพียรพยายาม สติ สมาธิ ความสุข ความร่าเริง เบิกบานผ่องใส เป็นคุณสมบัติสำคัญของจิตใจ **การพัฒนาด้านปัญญา** ความรู้ ความเข้าใจ การรู้จักมองสิ่งทั้งหลายตามที่มันเป็น และความสามารถแยกแยะ วิเคราะห์ สืบสาวหาเหตุปัจจัย ต่าง ๆ ระบบทั้ง ๓ เรียกว่า **ไตรสิกขา** ก็วัดผลด้วยภาวนา ๔ ภาวนาทั้ง ๔ แยกเป็น **กายภาวนา** การพัฒนาด้านความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ หรือทางวัตถุ **ศีลภาวนา** การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสงคม ด้านเพื่อนมนุษย์ และสัตว์ทั้งหลายด้วย **จิตตภาวนา** การพัฒนาด้านจิตใจที่อาศัยสมาธิเป็นตัวแกนในการฝึก และแสดงออกมาทางเจตจำนง **ปัญญาภาวนา** การพัฒนาด้านปัญญา ความรู้ ความเข้าใจ คิดได้ หยั่งเห็นความหมายของกายภาวนากับศีลภาวนาของท่านพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) เป็นเรื่องเดียวกัน เป็นหัวข้อเดียวกัน จึงรวมเป็นข้อเดียวกันในไตรสิกขา[๑๖๔]

พระธรรมปิฎก[๑๖๕] (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้อธิบายหลักไตรสิกขาในแง่ของการพัฒนามนุษย์ไว้ว่า “...ถ้าพูดตามภาษาของนักวิชาการสมัยใหม่ หรือตามหลักวิชาการศึกษาสายตะวันออก อธิศีลสิกขา อธิจิตตสิกขา และอธิปัญญาสิกขา ก็ครอบคลุมถึงการทำให้เกิดพัฒนาการทางสังคมพัฒนาการทางอารมณ์ และพัฒนาการทางปัญญาโดยลำดับ เป็นแต่จะแตกต่างกันโดยขอบเขตของความหมายและสิกขา ๓ มีจุดหมายที่ชัดเจนจำเพาะตามแนวของพุทธธรรม อย่างไรก็ตามอย่างน้อยในขั้นเบื้องต้นจะเห็นได้ชัดว่าความหมายไปกันได้ดี คือ พูดได้ตรงกันในขั้นพื้นฐานว่าจะต้องฝึกฝนอบรมบุคคลให้มีวินัย (รวมถึงความรับผิดชอบและความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม) ให้งอกงามทางอารมณ์(มีจิตใจเข้มแข็ง ประณีต มีคุณภาพและสมรรถภาพดี) และให้งอกงามทางพุทธิปัญญา(เริ่มด้วยความคิดเหตุผล) สิกขา ๓ นี้เนื่องกันและช่วยเสริมกัน..”

อุบลรัตน์ เพ็งสถิต[๑๖๖] ได้กล่าวไว้ว่า การมีจิตใจที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ การมีจิตใจที่ได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีคุณธรรมจริยธรรม เช่น มีความเมตตา กรุณา ความซื่อสัตย์จริงใจ ขยัน อดทน มีความมั่นคงทางจิต มีสมาธิแน่วแน่ จนมีความสุขจากพื้นฐานจากจิตที่ประกอบด้วยคุณธรรม จริยธรรม จิตใจที่ได้รับการฝึกดีแล้ว ย่อมเป็นสุข **ภาวิตปัญญา** การมี

---

[๑๖๔] ธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), "สู่การศึกษาแนวพุทธ”, หน้า ๑๘ – ๑๙.

[๑๖๕] พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธวิธีแก้ปัญหาเพื่อศตวรรษที่ ๒๑,** (กรุงเทพมหานคร : สหธรรมมิก, ๒๕๓๗), หน้า ๙๑๕ – ๙๑๖.

[๑๖๖] อุบลรัตน์ เพ็งสถิต, **จิตวิทยาพัฒนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร **:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๔๖), หน้า ๓.

ปัญญาที่พัฒนาแล้ว เช่น การฝึกอบรมตนเองให้มีปัญญา รู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เช่นการมีปัญญาพิจารณารู้ไตรลักษณ์คือ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา ตามความเป็นจริง ปราศจากการยึดถือว่าเป็นตัวเรา ของเรา แนวคิด – ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตไปแล้วในด้านความหมายทั่วๆ ไป ความหมายจากองค์การอนามัยโลก ทางด้านพระพุทธศาสนา และทักษะชีวิตกับการพัฒนาเยาวชนในด้านกายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา ส่วนแนวความคิดเกี่ยวกับพัฒนาการของเยาวชนนั้น **ดนัย ไชยโยธา**[๑๖๗] ได้อธิบายอริยสัจ ๔ และโลกุตตรธรรม ไว้ในพื้นฐานทางสังคมวิทยาการศึกษาว่า โลกุตตรธรรมที่ตั้งอยู่บน อริยสัจ ๔ มีดังนี้ **ทุกขอริยสัจ** ความรู้เรื่องลักษณะของความทุกข์ หลักธรรมข้อนี้สอนว่า กระบวนการแห่งการพัฒนาทักษะชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาทั้งทางกายภาพ เช่น ความเกิด ความแก่ ความเจ็บ ความตาย และทั้งจิตภาพ เช่น ความไม่สมปรารถนา การประสบกับสิ่งที่ไม่ปรารถนา และการพลัดพรากจากสิ่งที่รักเหล่านี้ เป็นต้น ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ เยาวชนจะนำทักษะในการปรับเปลี่ยนของความทุกข์นี้ได้อย่างไรก็ต้องอยู่ที่การเข้าใจความจริงตามสภาวธรรม คือ ไม่ยึดติดร่างกายและความคิดต่างๆ ในสภาพเช่นนี้ ที่เรียกว่าความทุกข์ พระพุทธศาสนา สอนว่า ความดับทุกข์เป็นสิ่งที่พึงจะเรียนรู้ ทำความเข้าใจเพื่อหาทางแก้ไข **สมุทัย** ได้แก่เหตุแห่งความเกิดทุกข์ พระพุทธศาสนา สอนว่าปรากฏการณ์ต่างๆ มิได้เกิดขึ้นมาลอยๆ ทุกอย่างย่อมมีสาเหตุหรือที่มา สาเหตุหรือที่มา เรียกว่า สมุทัย เหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ คือ ตัณหา ๓ ประการ ได้แก่ **กามตัณหา** ความอยากได้ในสิ่งที่ไม่เคยได้ ไม่เคยมี **ภวตัณหา** เมื่อได้ตามที่อยากแล้ว ก็อยากให้มันคงสภาพเดิม **วิภวตัณหา** ความไม่พอใจในสภาพที่ตนเป็นอยู่ในปัจจุบัน อยากจะให้มันหมด หรือพ้นจากสภาพนั้น **ทุกขนิโรธ** ได้แก่ความดับสนิทแห่งทุกข์ คือ การสลัดตัณหา ๓ ประการ อันเป็นเหตุแห่งทุกข์นั้นได้ ขั้นตอนแห่งการดับตัณหาเรียกว่า อริยมรรคมีองค์ ๘ **มรรค** ได้แก่หนทางที่จะนำไปสู่ความดับทุกข์ หรือ ดับตัณหานั้น ย่อมขึ้นอยู่กับ ศีล สมาธิ ปัญญา อันถือเป็นข้อปฏิบัติ ที่จะให้ปัจเจกชน ถึงความดับทุกข์ได้

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาทักษะชีวิตด้วยพุทธภาวนาเป็นการพัฒนาคนให้รู้จักเป็นอยู่โดยสอดคล้องกับความจริงของชีวิต การพัฒนาทักษะชีวิตทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านกายเป็นการศึกษา เพื่อให้รู้จักใช้อายตนะและอวัยวะ ให้มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านศีลเพื่อการศึกษาการมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับเพื่อนมนุษย์ในสังคมอย่างมีระเบียบและมีวินัย ด้านจิตเป็นการศึกษาเพื่อฝึกจิตให้เป็นสมาธิ ด้านปัญญาเป็นการศึกษาอบรม พัฒนาปัญญา ให้เกิดมีความมั่นคงทางจิต ความรู้แจ้งให้รู้จักสิ่งทั้งหลาย พิจารณารู้ไตรลักษณ์คือ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา ตามความเป็นจริง ปราศจากการยึดถือว่าเป็นตัวเรา

---

[๑๖๗] ดนัย ไชยโยธา, **พื้นฐานทางสังคมวิทยาการศึกษา**, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ โอเอสพริ้นติ้งเฮ้าส์, ๒๕๓๔), หน้า ๑๒๗ – ๑๓๐.

๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๗.๑ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

พระธรรมโมลี[๑๖๘]ได้ศึกษาวิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก" ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดตามหลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ของชีวิต ในทางร่างกาย (กายิกสุข) และทางจิตใจ (เจตสิกสุข) โดยองค์ประกอบเหล่านี้แยกเป็น ๔ ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ศีล (สังคมและสิ่งแวดล้อม) และปัญญา โดยการที่ชีวิตของมนุษย์จะเกิดความสุขได้นั้น มิติทั้ง ๔ ด้านนี้จะต้องประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน

พระครูอินทสารวิจักษ์ อินฺทสโร[๑๖๙] เสนอวิทยานิพนธ์เรื่อง **"**การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสถที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา**"** ผลการศึกษาพบว่าพุทธศาสนาแบ่งโรคเป็น ๒ ประเภท คือ (๑) โรคทางกาย และ (๒) โรคทางใจ หลักในการรักษาโรคมี ๒ แนวทางคือ (๑) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งอาจมีการรักษาด้วยการผ่าตัด (๒) การรักษาด้วยธรรมโอสถ หมวดธรรมที่ใช้ได้แก่ โพชฌงค์ ๗ สัญญา ๑๐ สัปปายะ ๗ ควบคู่ไปกับการทำสมาธิเจริญสติปัฏฐาน

พระมหาปองปรีดา ปริปุณฺโณ[๑๗๐] ศึกษาการป้องกันและรักษาโรคตามหลักพระพุทธศาสนา พบว่า

การป้องกันโรคตามหลักพระพุทธศาสนา คือ การปฏิบัติตามหลักไตรสิกขา ได้แก่

ก. อธิศีลสิกขา ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้เป็นผู้มีศีลและวินัย มีความประพฤติ ถูกต้องดีงาม เช่น อนามัยส่วนบุคคล การกินการดื่ม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การป้องกันอันตราย การงดเว้นจากบาปอกุศลประกอบบุญกุศล การละเว้นมิจฉาชีพ ประกอบสัมมาชีพ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

---

[๑๖๘] พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ), "การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๖๙] พระครูอินทสารวิจักษ์ อินฺทสโร (กิจไร่), "การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสถที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๗๐] พระมหาปองปรีดา ปริปุณฺโณ, "การป้องกันและรักษาโรคตามหลักพระพุทธศาสนา" **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๕), หน้า บทคัดย่อ.

ข. อธิจิตตสิกขา ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้มีจิตเป็นสมาธิสงบมั่นคง มีความ เอิบอิ่ม ความสุข และความผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ค. อธิปัญญาสิกขา ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้เป็นผู้มีความเห็นถูกต้องตามทำนองคลองธรรม จนถึงการรู้แจ้งสรรพสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง การปรับความคิดให้ถูกต้อง โดยไม่คิดหมกมุ่นในกามหรือสิ่งอันน่าใคร่ แต่ให้คิดปล่อยวางสละทิ้ง การไม่คิดพยาบาทเบียดเบียนผู้อื่น แต่ให้มีเมตตาจิตต่อกัน ปัญญาจากการปฏิบัติจะป้องกันมิให้กิเลสเกิดขึ้น และกำจัดกิเลสที่อยู่ในจิตใจให้ลดลงจนหมดสิ้นไป ทำให้จิตเข้าถึงความสงบ ความสะอาด และความสว่างในที่สุด ความคิดเห็นที่ถูกต้องนี้เองจะย้อนกลับมาควบคุมพฤติกรรมทางกายวาจาและทางใจ ให้ดำเนินไปอย่างถูกต้อง

ศิริไท พฤกษะศรี [๑๗๑] ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดและปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน ๒๐๐ ราย เครื่องมือที่ใช้วิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาโดยอาศัยกรอบแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมได้ค่าความเที่ยง ๐.๘๙ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยหาค่าไทสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ๑) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ๖๔.๒๐ คะแนน ๒) เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมรายข้อของแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านกายที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนการดูแลสุขภาพด้านจิตใจที่สำคัญ คือ การยอมรับการสูญเสียเต้านมเพื่อพิชิตมะเร็งโดยไม่กังวลใจ ๓) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .๐๕ ได้แก่ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการข้างเคียงที่รุนแรง

ศศิธร เขมาภิรัตน์[๑๗๒] ได้ศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า พระพุทธศาสนาแบ่งโรคเป็น ๒ ประเภท คือ

---

[๑๗๑] ศิริไท พฤกษะศรี, “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด”, **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,** (มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์), ๒๕๔๕, บทคัดย่อ.

[๑๗๒] ศศิธร เขมาภิรัตน์, “การศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๘, บทคัดย่อ.

โรคทางกาย และโรคทางใจ การแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมี ๒ แนวทางคือ (๑) การป้องกัน พระพุทธองค์ทรงใช้หลักปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ (๒) การรักษา โรคทางกายรักษาได้ ๓ วิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การใช้ธรรมบำบัด การรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจมี ๓ วิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณ โทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบกัลยาณมิตร จากการเปรียบเทียบพบว่า พุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทยมีทั้งความเหมือนและความต่างกัน กล่าวคือ ความเหมือนกัน ได้แก่ แนวคิดที่เห็นว่า (๑) ร่างกายประกอบด้วยธาตุ ๔ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ (๒) ความไม่สมดุลของธาตุ ๔ ทำให้เกิดโรค (๓) โรค การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค (๔) การใช้สมุนไพรยา วิธีการสร้างภูมิคุ้มกัน

สรณีย์ สายศร[๑๗๓] ได้ศึกษาการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยในเชิงบูรณาการแนวพุทธ : ศึกษากรณีโรคมะเร็ง (ปี ๒๕๔๙) ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดของ "หลักการ วิธีการป้องกัน และบำบัดรักษาโรคมะเร็งของการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการ" กับ "หลักพุทธธรรม และพุทธวิธีในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วย" มีทัศนะที่สอดคล้องกันในหลายๆ ประเด็น "ไม่ว่าจะเป็น "ทัศนะเรื่ององค์รวม" และ "การดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม" ทัศนะเรื่อง "สุขภาพ" ทัศนะเรื่อง "ความเจ็บป่วย" และ "แนวทาง วิธีการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วย" เป็นต้น และทั้ง ๒ แนวทางข้างต้นนั้น ก็สามารถนำมาบูรณาการหรือสังเคราะห์เข้าด้วยกัน จนเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ คือ "การแพทย์แบบบูรณาการแนวพุทธ" ซึ่งมีหลักและวิธีการปฏิบัติที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถช่วยในการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งได้จริง รวมทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขสดใสทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างแท้จริงและยั่งยืนด้วยนั่นเอง

พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์[๑๗๔] ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลินโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน ๖๐ คน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทาน

---

[๑๗๓] สรณีย์ สายศร, การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยในเชิงบูรณาการแนวพุทธ : ศึกษากรณีโรคมะเร็ง, **ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ปรัชญาและศาสนา, (**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๘), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๗๔] พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน, **วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๒), หน้าบทคัดย่อ.

อาหารเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในด้านของการมาตรวจตามนัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

โคเฮนและวิลล์[๑๗๕] (Cohen, S., & Wills, T.A.,1985) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกาย และจิตใจบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น เกิดความวิตกกังวลซึมเศร้า ภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี จะมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกาย โดยมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงทำให้เกิดโรคและเสียชีวิตได้มากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ไว้ ๒ ประเด็น คือ

๑. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี เกิดความมั่นคงในชีวิต และรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อหรือระบบภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในสังคมยังช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อปัญหาได้ดีขึ้น

๒. เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะความเครียด บุคคลจะมีการปรับตัวต่อภาวะความเครียดตามขั้นตอนของกระบวนการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียด โดยจะป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทางช่วยเหลือ และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ในบุคคลที่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีการประเมินความเครียดใหม่ และช่วยยับยั้งพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี หรือช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย พระพุทธศาสนาถือว่าสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ของชีวิต ในทางร่างกาย (กายิกสุข) และทางจิตใจ (เจตสิกสุข) แบ่งโรคเป็น ๒ ประเภท คือ (๑) โรคทางกาย และ (๒) โรคทางใจ หลักในการรักษาโรคมี ๒ แนวทางคือ (๑) การรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งอาจมีการรักษาด้วยการผ่าตัด (๒) การรักษาด้วยธรรมโอสถ การป้องกันโรค คือ การปฏิบัติตามหลักไตรสิกขา

---

[๑๗๕] Cohen, S., & Wills, T.A., **Stress, social support, and buffering hypothesis**, (Phychological Bullentin,๙๘, ๑๙๘๕), pp.๓๑๐-๓๕๒.

๒.๗.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องภาวนา ๔

ขวัญชนก เรนนี[๑๗๖] ได้ศึกษาดัชนีความสุขของวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ในกลุ่มที่เข้ารับการฝึกสมาธิหลักสูตรศิลปะการพัฒนา ชีวิตด้วยอานาปานสติภาวนาของเสถียรธรรมสถาน ผลการวิจัยพบว่าการฝึกสมาธิก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีคะแนนดัชนีความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ โดยวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขสูงขึ้นเมื่อนำการฝึกสมาธิไปปฏิบัติต่อเนื่อง จากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ๑๓๑.๐ คะแนนเพิ่มเป็น ๑๓๙.๕ คะแนนในระยะติดตามผล หลังระยะติดตามผล ๑๒ สัปดาห์ วัยรุ่นร้อยละ ๖๗.๘ นำการฝึกสมาธิไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพราะการฝึกสมาธิทำให้ใจเย็นและมีความสุขสงบมากขึ้นร้อยละ ๔๘.๐ การฝึกสมาธิช่วยทำให้มีสติเวลาโกรธร้อยละ ๒๖.๐ การฝึกสมาธิช่วยให้มีความรอบคอบในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาดีขึ้น ร้อยละ ๑๖.๐ การฝึกสมาธิทำให้มีสมาธิในการเรียน ดีขึ้นร้อยละ ๑๑.๐ ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจกระบวนการฝึกสมาธิและผลการนำการฝึกสมาธิไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง จะเสริมพลังด้านภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจและดัชนีความสุขโดยรวมสูงขึ้น

ไฉไลฤดี ยุวนะศิริ และคณะ[๑๗๗] ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลสำเร็จในการปฏิบัติธรรมของ พระนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ได้ข้อสรุปว่า ผลการปฏิบัติธรรม นิสิตส่วนใหญ่เลือกการปฏิบัติธรรมในสถานที่ปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาคือ การเดินธุดงค์และปริวาสกรรม ต้องการพัฒนาจิตวิญญาณมากที่สุด รองลงมาคือ การฝึกปฏิบัติตาม คำสอน และการจัดรูปแบบการสอนที่หลากหลายตามความเหมาะสม โดยใช้หลักภาวนา ๔ คือ

๑. กิจกรรมกายภาวนา คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนและผู้ปฏิบัติที่หลากหลาย เพื่อฝึกการควบคุม สำรวมระวัง ในอินทรีย์สังวรทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย ในระหว่างที่เรียนและฝึกปฏิบัติ ทั้งในอิริยาบถใหญ่ คือ ยืน เดิน นั่ง นอน และอิริยาบถย่อย เช่น การบริโภคอาหาร น้ำดื่ม ขับถ่าย เป็นต้น หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวทางกาย

---

[๑๗๖] **ขวัญชนก เรนนี,** ดัชนีความสุขของวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ในกลุ่มที่เข้ารับการฝึกสมาธิหลักสูตรศิลปะการพัฒนา ชีวิตด้วยอานาปานสติภาวนาของเสถียรธรรมสถาน**, วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, ๒๕๕๒), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๗๗] ไฉไลฤดี ยุวนะศิริ และคณะ. “ผลสำเร็จในการปฏิบัติธรรมของพระนิสิตมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่”, **รายงานการวิจัย**, (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่, ๒๕๔๖), หน้า ๑๕

๒. กิจกรรมศีลภาวนา คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียน และผู้ปฏิบัติตั้งอยู่ในกฎระเบียบ ตามที่ได้มีการตกลงร่วมกันอย่างเคร่งครัด ตลอดถึงการสร้างความตระหนักรู้ ในข้อปฏิบัติของการอยู่ร่วมกัน ของผู้เรียนและผู้ปฏิบัติ การรักษาศีลและพระวินัย

๓. กิจกรรมจิตภาวนา คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนและผู้ปฏิบัติได้อบรมการปฏิบัติทางจิต เพื่อพัฒนาสติให้เกิดสมาธิตั้งมั่นจดจ่อ ในระหว่างที่เรียนและฝึกปฏิบัติ ให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกแช่มชื่น และสนใจในการสอนและการฝึกปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมการฝึกสมาธิในรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายให้เหมาะสมกับจริตของผู้ปฏิบัติ

๔. กิจกรรมปัญญาภาวนา คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียน และผู้ปฏิบัติเกิดความรู้ความเข้าใจ ในหลักสูตรการเรียนรู้อย่างชัดแจ้ง

ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์[๑๗๘] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธสำหรับคนไทย จากแนวคิดภาวนา ๔ ซึ่งพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) ได้จัดทำกรอบเนื้อหาให้เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๖ เพื่อสำรวจภาวะที่สุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา จากนั้นนำมาสร้างแบบวัดให้มีความตรงเชิงเนื้อหา โดยสร้างข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) จำนวน ๑๙๐ ข้อ ทดสอบแบบวัดในเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง ๓๐ คน นำมาปรับปรุงแก้ไขนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์คุณภาพเชิงสถิติโดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้รู้ชัด (Known group) ๒ กลุ่ม หาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม ความตรงตามโครงสร้างสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม และค่าความเชื่อมั่น ข้อคำถามในแบบวัดสุขภาพแนวพุทธ ถูกคัดเลือกเหลือ ๑๐๐ ข้อในที่สุดผลการศึกษาพบว่า แบบวัดฉบับนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาระดับพอสมควร และมีความตรงตามโครงสร้างในระดับดี มีอำนาจจำแนกเฉลี่ย ๐๕๑ พิสัย ๐.๒๐ –๐.๙๗ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ ๐.๙๓ เมื่อนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ๑) กลุ่มผู้ป่วย โสตศอ นาสิก ๒๑๐ คน และ ๒) กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ๑๒๑ คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร พบว่าแต่ละกลุ่มได้คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะองค์รวม ๓.๓๓ และ ๓.๓๔ ตามลำดับ กล่าวคือ สามารถปฏิบัติได้ระดับพอประมาณ (๕๐ % ของสถานการณ์) คะแนนที่ได้จากการวัดทั้ง ๔ หมวดของทั้ง ๒ กลุ่ม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) หมวดปัญญาภาวนามีความสัมพันธ์กับหมวดศีลภาวนาและจิตภาวนามากกว่าหมวดกายภาวนา

---

[๑๗๘] ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข วัดญาณเวศกวัน อำเภอสามพราน นครปฐม, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๖), หน้า บทคัดย่อ.

ฐิติรัตน์ รักษ์ใจตรง[๑๗๙] เสนอวิทยานิพนธ์เรื่อง “ศึกษาการใช้อานาปานสติภาวนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเสถียรธรรมสถาน” จากการเปรียบเทียบคะแนนของพฤติกรรมก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติอานาปานสติภาวนา พบว่าหลังจากฝึกอานาปานสติภาวนาแล้ว ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เช่น ด้านการดำเนินชีวิตภายในครอบครัวของผู้ปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการให้อภัยผู้อื่นที่ทำร้ายร่างกาย หรือด่าว่าเสียดสีทางวาจา เป็นต้น

พรเทพ รุ่งคุณากร[๑๘๐] ศึกษาถึงเรื่องผลของการฝึกอานาปานสติต่อความสงบ ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอานาปานสติภาวนาประจำเดือน ณ ธรรมาศรมนานาชาติโดยให้ผู้ร่วมโครงการได้ฝึกอานาปานสติสลับกับการฟังบทความธรรมะ จำนวน ๒๓ คน เป็นเวลา ๗ วัน พบว่าระยะหลังการทดลอง กลุ่มผู้เริ่มฝึกอานาปานสติมีระดับความสงบ และระดับความจริงแท้ สูงขึ้นกว่าระยะก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความสงบ และระดับ ความจริงแท้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าความสงบ ความจริงแท้ของจิตเป็นส่วนประกอบสำคัญของตัวแปรการปรับตัวได้ดีหรืออารมณ์มั่นคง ไม่มีอาการทางประสาท และจิตฟุ้งซ่านและเป็นภาวะจิตของบุคคลที่มองในแง่ดีด้วย ดังนั้นการฝึกจิตแนวพุทธ น่าจะเพิ่มแนวโน้มการมองในแง่ดี และส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้นด้วย

พิชญรัชต์ บุญช่วย[๑๘๑] การศึกษากระบวนการสร้างภาวนา ๔ โดยใช้หลักไตรสิกขา การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงไตรสิกขาและภาวนา ๔ เข้าด้วยกันในแบบปริยัติ และปฏิเวธ โดยผู้วิจัยเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ปฏิบัติธรรม เพื่อหาประสบการณ์ของตนและวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ร่วมปฏิบัติจึงสามารถสะท้อนสภาวะ ความหมาย และสาระของการฝึกอบรมในพระพุทธศาสนาอย่างมีน้ำหนักจากมุมมองของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่เชื่อกันว่าการฝึกอบรมตามลำดับขั้นตอนไตรสิกขาอย่างต่อเนื่องนั้น ย่อมนำไปสู่การพ้นทุกข์และเกิดอานิสงส์เป็นคุณสมบัติที่พัฒนาแล้วใน ๔ ด้าน คือ กาย, ศีล, จิต, และปัญญา การศึกษาภาคปริยัติมุ่งความสนใจไปที่การศึกษาค้นคว้าหลักไตรสิกขาและภาวนา ๔ จากพระไตรปิฎกและ

---

[๑๗๙] ฐิติรัตน์ รักษ์ใจตรง, “ศึกษาการใช้อานาปานสติภาวนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเสถียรธรรมสถาน”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๘๐] พรเทพ รุ่งคุณากร, ผลของการฝึกอานาปนสติต่อความสงบ ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอานาปานสติ ภาวนาประจำเดือน ณธรรมาศรมนานาชาติ, **วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จิตวิทยา (จิตวิทยาการปรึกษา)**, (บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๒), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๘๑] พิชญรัชต์ บุญช่วย**,** การศึกษากระบวนการสร้างภาวนา ๔ โดยใช้หลักไตรสิกขา, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย **มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย**, ๒๕๔๙), หน้า บทคัดย่อ.

วรรณกรรมชั้นรองๆ ลงมาแล้วแสดงหลักฐานอ้างอิงไว้พอสังเขปในบทที่ ๒ ของวิทยานิพนธ์ ผลการศึกษาพบว่า ไตรสิกขาเป็นระบบการศึกษาที่เน้นการฝึกอบรมตนเองอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพ้นทุกข์ ในภาคปฏิบัติ องค์ธรรมคือไตรสิกขาจะทำงานไปพร้อมๆ กันและประสานกันอย่างเป็นพื้นฐานให้แก่กัน ไตรสิกขายังมีลักษณะที่เป็นสหสัมพันธ์กับภาวนา ๔ โดยผู้ที่ผ่านการอบรมตนเองตามหลักไตรสิกขาจะค่อยๆ ปรับปรุงแก้ไขภาพลักษณ์ภายนอกของตนทั้ง ๔ ด้าน คือ กาย, สังคม, อารมณ์, และปัญญา การพัฒนาดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นจากการเปลี่ยงแปลงวิถีชีวิตไปในทางที่น่าพอใจและเหมาะสม และสามารถนำภาวนา ๔ มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินคุณภาพของไตรสิกขาได้ด้วย

สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์[๑๙๒] ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของบุคคลทั่วไปที่เข้าอบรมอานาปานสติภาวนา ณ ธรรมาศรมนานาชาติ สวนโมกขพลาราม จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นหญิง ๒๕ คน ชาย ๓๘ คน จากผลการวิจัยพบว่า หลังจากการเข้ารับการอบรมอานาปานสติแล้ว ผู้เข้าอบรมมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีแนวโน้มดีขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีแนวโน้มของภาวะจิตที่ไม่ดี ตอบว่ารู้สึกดีขึ้นในทุกด้าน ในขณะที่กลุ่มผู้มีการรับรู้ผิดปกติมีความเห็นว่าเหมือนเดิม

อุทัยวรรณ เลาประเสริฐกุล[๑๙๓] ศึกษาถึงพุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย โดยศึกษาถึงแนวทางการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยตามวิธีของพระพุทธเจ้า ซึ่งมีอยู่ ๒ ระดับ คือ ระดับโลกียะเป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย และระดับโลกุตตระเป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมายเพื่อการดับทุกข์ คือบรรลุพระนิพพาน โดยการศึกษาได้แบ่งหัวข้อออกเป็น ๒ ตอนคือ การศึกษาในคัมภีร์พระไตรปิฎกเถรวาท และการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมกรณีศึกษาจากพระเถระไทยถึงการนำเอาพุทธวิธีมาประยุกต์ใช้ในยามเจ็บป่วย การศึกษาจากพระไตรปิฎกนั้นแบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ ตอน คือ การศึกษาถึงหลักพุทธธรรมที่เนื่องด้วยความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพชีวิตและรักษาโรคต่างๆ ได้ เช่น สติปัฏฐาน ๔ อิทธิบาท ๔ โพชฌงค์ ๗ มรรคมีองค์ ๘ สมาธิ ปัญญา ๑๐ ไตรลักษณ์ พรหมวิหาร ๔ และพระรัตนตรัย ในตอนที่ ๒ จะเป็นการศึกษาถึงหลักปฏิบัติต่างๆ ที่พระพุทธเจ้าทรงใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจิต การอยู่กับ

---

[๑๙๒]สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์, ผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาต่อภาวะสุขภาพจิต, **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๓), หน้าบทคัดย่อ.

[๑๙๓] อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข, **การศึกษาเชิงวิเคราะห์พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย**, **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,** (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้าบทคัดย่อ.

ธรรมชาติ เป็นต้น และศึกษาถึงวิธีที่ทรงใช้ในการรักษาโรค ซึ่งมีอยู่ ๒ วิธี คือ ๑) การรักษาด้วยกรรมวิธีแบบทั่วไป เช่น การใช้เภสัชสมุนไพร การใช้อาหาร การใช้พลานุภาพ เป็นต้น และ ๒) การรักษาด้วยธรรมโอสถ นอกจากนี้ ในส่วนของการศึกษาถึงกรณีตัวอย่างการอาพาธของพระเถระไทย ๓ รูป คือ พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ) พระโพธิญาณเถร (ชา สุภัทโท) และพระธรรมปิฎก (ป.อ. ประยุตโต) ซึ่งเป็นผู้ได้นำหลักพุทธธรรมและพุทธวิธีมาประยุกต์ใช้ในยามเจ็บป่วย จากผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ว่าพระพุทธเจ้าทรงมีแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยถึง ๒ แนวทางใหญ่ๆ คือ การป้องกันและการรักษาโรค ในการป้องกันนั้นพระองค์ทรงมีหลักปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยอย่างครบถ้วนทั้งทางด้านกายภาพและจิตภาพ ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติควบคู่กันไปอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน ส่วนการรักษาโรคนั้นมีอยู่ ๒ วิธี คือ การรักษาโรคด้วยกรรมวิธีแบบทั่วไป และการใช้พระธรรมโอสถและสรุปในตอนท้ายว่า จากพุทธวิธีการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทั้ง ๒ แนวทางที่พระพุทธองค์ทรงเคยใช้อย่างได้ผลดีมาแล้วเมื่อสมัยพุทธกาล ปัจจุบันพบว่าพุทธวิธีดังกล่าวนี้ยังสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและบำบัดรักษาโรคอย่างได้ผลดี เช่นเดียวกัน โดยอ้างถึงกรณีตัวอย่างของพระเถระไทยทั้ง ๓ รูป

อรุณวรรณ บุญเทียบทิฆัมพร[๑๙๔] ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนด้วยพุทธภาวนา : กรณีศึกษาค่ายคุณธรรมวัดอุโมงค์” ผลจากการศึกษาและวิจัยพบว่า ด้านวิธีการฝึกอบรมค่ายคุณธรรมวัดอุโมงค์จะเน้นการ อบรมตามหลักพุทธภาวนา ๔ คือ กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา ปัญญาภาวนา โดยการแบ่งกลุ่มและธรรมบรรยาย เป็นวิธีที่มีประโยชน์ ทำให้มีความเข้าใจถึงเนื้อหาสาระได้มาก ด้านความเหมาะสมของการปฏิบัติ พบว่า มีความเหมาะสมของการฝึกมากที่สุด คือ มารยาทชาวพุทธ การเข้าร่วมกิจกรรมในฝึกอบรมพุทธภาวนาครั้งนี้ พบว่า เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้นักเรียนได้ เรียนรู้ถึงคุณค่าของอาหาร ความกตัญญู การเคารพบิดา มารดา ครู อาจารย์ เป็นสิ่งที่ควรกระทำ ด้านเวลา พบว่า ระยะเวลา ๓ วัน ๒ คืน มีความเหมาะสมกับการฝึกอบรมคุณธรรมค่ายวัดอุโมงค์ (สวนพุทธธรรม) และตารางเวลาการทำกิจกรรม มีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้มาก และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้มาก ด้านวิทยากร พบว่า วิทยากรแต่ละท่านมีความรู้ ความสามารถ มีการเตรียมข้อมูลมาเป็นอย่างดี สามารถถ่ายทอดและให้ความรู้ตามเนื้อหาสาระ ของหลักสูตรได้มากที่สุด

---

[๑๙๔] อรุณวรรณ บุญเทียบทิฆัมพร, การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนด้วยพุทธภาวนา : กรณีศึกษาค่ายคุณธรรมวัดอุโมงค์, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้าบทคัดย่อ.

อวยชัย โรจน์นิรันดร์กิจ[๑๘๕] ได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่อง อานาปานสติ ไว้ในงานวิจัย เรื่อง “ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติในพุทธศาสนาต่อพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม” สรุปความสำคัญได้ดังนี้ การฝึกอบรมอานาปานสติสมาธิในพุทธศาสนา เพื่อสร้างศรัทธาอันถูกต้องในพุทธศาสนา โดยการพิสูจน์ด้วยเหตุผลว่า สร้างเหตุที่ดี ผลที่ดีตามมา สร้างเหตุที่ชั่ว ผลที่ชั่วตามมา ดังที่ได้สร้างองค์ประกอบของเหตุผลที่ดีต่าง ๆ ขึ้นอย่างครบถ้วน ในการทำจิตให้บริสุทธิ์เป็นการชั่วขณะ ผลที่ดีก็ตามมา อันได้แก่ ความสงบ ความสุขทางจิตใจ เป็นที่ประจักษ์ต่อผู้ฝึก อานาปานสติสมาธิในพุทธศาสนาด้วยตนเอง จึงเป็นแรงเสริมให้มีความเชื่อที่มั่นคงว่ากรรมมีจริง ผู้ใดทำกรรมใดไว้ย่อมได้รับผลของกรรมนั้น ดังนั้นเมื่อจะทำชั่วจึงมีความละอายและเกรงกลัวต่อการทำชั่ว เนื่องจากต้องได้รับผลของกรรมที่ทำไว้ ในขณะเดียวกันก็มุ่งที่จะสร้างเหตุที่ดี ให้ครบองค์ประกอบ โดยการสร้างเหตุผล ไม่สร้างด้วยความงมงาย เป็นการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องภาวนา๔ พบว่าไตรสิกขาเป็นระบบการศึกษาที่เน้นการฝึกอบรมตนเองอย่างมีขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพ้นทุกข์ มีลักษณะที่เป็นสหสัมพันธ์กับภาวนา ๔ กระบวนการฝึกสมาธิ การปฏิบัติธรรมต้องการพัฒนาทางจิตวิญญาณมากที่สุด และผลการนำการฝึกสมาธิไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จะปรับตัวได้ดี เสริมพลังด้านภาพจิตใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งสริมสมรรถภาพจิตใจและดัชนีความสุข สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

๒.๗.๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรรณิกา ลองจำนงค์ [๑๘๖] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ จำนวน ๑๙๐ ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < ๐ .๐๑, r = ๐.๔๓ และการรับรู้

---

[๑๘๕] อวยชัย โรจน์นิรันดร์กิจ, “ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติ ในพุทธศาสนาต่อพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม”, **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๒๖, หน้า ๖๙.

[๑๘๖] กรรณิกา ลองจำนงค์, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม, **การศึกษาค้นคว้าอิสระ,** (ส.ม.มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๗), หน้าบทคัดย่อ.

ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < ๐.๐๑,r = ๐.๔๒

วัชรี ตริยาวธัญญู, นิภาพร นันทนิรันดร์[๑๘๗] ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากได้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด จะทำให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนลงได้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ ๖๔.๑ พอใจในการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาโดยเภสัชกร ในระดับมาก

ศิริพร ปาระมะ[๑๘๘] ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๕๐ คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเชื่อรายด้านพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และปัจจัยร่วมทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงในด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเองแรงจูงใจ ด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเองและปัจจัยรวมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๑ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุและระยะเวลาเจ็บป่วย

---

[๑๘๗] วัชรี ตริยาวธัญญู และนิภาพร นันทนิรันดร์, "**ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย,**", (ขอนแก่นเวชสาร, ๒๘(๒), มกราคม-เมษายน, ๒๕๔๗), หน้า ๑๑๕-๑๑๙.

[๑๘๘] ศิริพร ปาระมะ, ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ศษ.ม.,** (จิตวิทยาการศึกษาและ การแนะแนว), เ(ชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕), หน้าบทคัดย่อ.

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

บุญทิพย์ สิริธรังสี[๑๙๙] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชลประทาน โดยมีวิธีดำเนินการ ๒ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ สร้างรูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชลประทาน เป็นผู้ที่มีปัญหาในการดูแลตนเองและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑๐ คน โดยเริ่มจากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวม ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ให้สุขศึกษาแบบสหวิทยาการแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และใช้กระบวนการกลุ่มโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ หรือผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน มามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองแบบองค์รวมได้ รวมทั้งได้ฝึกทักษะการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยอื่นเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยอื่นได้ ขั้นตอนที่ ๒ ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นการทดสอบความสามารถ ของผู้ป่วยในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ผู้อื่นผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๑๐ คน สามารถดูแลตนเองแบบองค์รวมได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้แลกประสบการณ์ในการดูแลตนเองแบบองค์รวมให้ผู้อื่นได้

สุริยา สุนทราศีและคณะ[๑๙๐] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่สาธารณสุขเขต ๔ เน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยารักษา การดูแลสุขภาพกายและใจและการติดตามผลการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน ๑๒๐ คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในลักษณะของการจำแนกคำตอบของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำไปเรียบเรียงนำเสนอความคิดเห็น แนวคิดและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงความรู้โรคเบาหวานน้อย ทำให้ขาดการดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนทั่วไปหันมาสนใจตนเองมากขึ้น

---

[๑๙๙] บุญทิพย์ สิริธรังศรี , “การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน.”, **รายงานการวิจัย**, (กรุเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๔๓), หน้า บทคัดย่อ.

[๑๙๐] สุริยา สุนทราศีและคณะ, “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่สาธารณสุขเขต ๔”, **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, ปีที่๑๗ ฉบับที่ ๕ กันยายน – ตุลาคม ๒๕๕๑, หน้า ๗๗.

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนลงได้ และการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองแบบองค์รวมได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้แลกประสบการณ์ในการดูแลตนเองแบบองค์รวมให้ผู้อื่นได้

๒.๗.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล

อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์[๑๙๑] ได้ศึกษาผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการใช้บริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในหมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ และหมู่บ้านที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ ประชากรคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป มีผลการวิจัยสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าผู้ชาย และอายุมาก

เบญจมาศ ไตรบรรณ์[๑๙๒] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน ๕๖ คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง ๒๖ คน กลุ่มควบคุม ๓๐ คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานภายหลังทำการทดลองสูงกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ

---

[๑๙๑] อัจฉริยา บุญยะคง, ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ, **รายงานการวิจัย,** (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้าบทคัดย่อ.

[๑๙๒] เบญจมาศ ไตรบรรณ์, ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.**, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๓), หน้า ๗๐-๗๑.

ป้องกันโรคมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

วรรณา สามารถและคณะ[๑๙๓] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับน้ำตาลในเลือดพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำอาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลงบ้างเนื่องจากภาวะเข้มงวดของการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กลุ่ม ๓ และกลุ่ม๔) จะด้อยที่สุดอันเป็นผลจากโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านร่างกายต่ำสุด ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน จึงไม่ควรควบคุมเพียงระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ควรให้เกิดความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล[๑๙๔] ได้ศึกษารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ศึกษาในผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ใน ๖ หมู่บ้าน ของอำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่เป็นเบาหวานทั้งสิ้น ๓๗ คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๗๓ คน นอกจากนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงรวม ๑,๓๒๑ คน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการให้ความรู้ การแจกเอกสาร การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหาโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและแรงจูงใจทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมยศ ศรีจารนัย และคณะ[๑๙๕] ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานไม่มากนักแต่อย่างไรก็ดีจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัดได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

---

[๑๙๓] วรรณา สามารถ และคณะ, **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับน้ำตาลในเลือด**, (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๕), หน้าบทคัดย่อ

[๑๙๔] ศรีเกษ ธัญญวินิชกุล. "โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง," **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, ๗ (๑), มกราคม-มีนาคม, ๒๕๔๑), หน้า ๑๑๓-๑๑๙.

[๑๙๕] สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, **พฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวการณ์ควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์,** (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑), หน้าบทคัดย่อ.

ประพิศ สามะศิริ, บุษบา หน่ายคอน และ มยุรี ชะม้ายกลาง[๑๙๖] ได้ศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รพีพร เพ็งจันทร์[๑๙๗] ได้ศึกษาการส่งเสริมการควบคุมตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมตนเองในเรื่องการสังเกตติดตามอาการและพฤติกรรมตนเอง การตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหาในภาวะที่ต้องควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง[๑๙๘] ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแม่สะเรียงจำนวน ๓๐ ราย ผลการศึกษาพบว่าการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อดูแลตนเองทางด้านน้ำหนักมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แพทตี้ และคณะ(Patti and others, 2002)[๑๙๙]ได้ศึกษาการประเมินผลการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๘๗ ราย

---

[๑๙๖] ประพิศ สามะศิริ, บุษบา หน่ายคอน, และมยุรี ชม้ายกลาง, "การศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.", ใน **บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี ๒๕๔๗**, กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ., ๒๕๔๗, หน้า ๑๗๗.

[๑๙๗] รพีพร เพ็งจันทร์. การส่งเสริมการควบคุมตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ, **วิทยานิพนธ์ วท.ม**., (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๕), หน้า ๙๖-๑๐๔.

[๑๙๘] ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, ผลการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม**., (เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๒), หน้า ๖๒-๖๕.

[๑๙๙] Patti, L. Rickheim and others, **"Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education," The American Diabetes Association,** ๒๕(๒), February, ๒๐๐๒, pp. ๒๖๙-๒๗๔.

และ รายบุคคล จำนวน ๘๓ ราย วัดผลการศึกษาหลังจากทดลอง ๒ สัปดาห์ ๓ เดือน และ ๖ เดือนโดยวัดผลลัพธ์ในเรื่อง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเอง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล HbA_1c คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทัศนคติของผู้ป่วย การใช้ยารักษา ผลการศึกษาพบว่า ทั้งการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มและรายบุคลให้ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน

Takekoshi [๒๐๐] ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลไซเซไก ประเทศญี่ปุ่น จำนวน ๑๐๓ คน ในระยะเวลา ๑๐ ปี พบว่า ดรรชนีความอ้วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่วิ่งเหยาะๆ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดิน อัตราความชุกของโรคของจอรับภาพตาเสื่อมในกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะๆ อัตราความชุกของโรคเส้นโลหิตแข็งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะ ๆ

ศักดา พรึงลำภู และคณะ [๒๐๑]ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการเกินและระดับไขมันในเลือดของเด็กนักเรียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลายโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้เด็กอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเมตาบอลิก (เช่นเบาหวาน) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเร็วขึ้นกว่า เด็กไม่อ้วน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (๑) ศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน (๒) ศึกษาภาวะไขมันในเลือด ของเด็กนักเรียน (๓) ศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะโภชนาการและภาวะไขมันในเลือด ของเด็กนักเรียน (๔) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีชี้วัดต่างๆทางด้านโภชนาการ และ (๕) ศึกษาวิธีทำนายภาวะไขมันในเลือดของนักเรียนโดยใช้ดัชนีชี้วัดต่างๆทางด้านโภชนาการ

ผลการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๓ (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) พบว่าจากนักเรียนทั้งหมด (N = ๒,๕๓๗) การศึกษาการทำนายภาวะไขมันในเลือดของนักเรียนโดยใช้ดัชนีชี้วัดต่างๆ ทางด้านโภชนาการรวมทั้งอายุ และเพศ พบว่า ตัวแปรที่สามารถใช้ในการทำนายความเสี่ยงของ TC คือ อายุ เพศ ความสูง SDWT/Age และ SDWT/HTตัวแปรที่สามารถใช้ในการทำนายความเสี่ยงของ LDL-C คือ อายุ เพศ ความสูง เส้นรอบสะโพก และ SDWT/Age ตัวแปรที่สามารถใช้ใน

---

[๒๐๐] Takekoshi อ้างใน, โฉมยง เหลาโชติ, ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี, **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์),** (กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยามหิดล, ๒๕๓๗), หน้า ๕๙.

[๒๐๑] ศักดา พรึงลำภู และคณะ, ความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการเกินและระดับไขมันในเลือดของเด็กนักเรียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, **รายงานการวิจัย**, (กรุงเทพมหานคร : **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย**, ๒๕๕๐), หน้าบทคัดย่อ.

การทำนายความเสี่ยงของ HDL-C คือ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อัตราส่วนของเส้นรอบเอว ต่อเส้นรอบสะโพก ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังที่ด้านหลังแขน และ SDWT/HTสำหรับ ตัวแปรที่สามารถใช้ในการทำนายความเสี่ยงของ TG คือ อายุ เพศ น้ำหนักตัวเส้นรอบเอว ความสูงและความหนาของไขมันใต้ผิวหนังที่ด้านหลังแขน

ชนม์ ฉายแม้น[๒๐๒] ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ PCU สามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพและประหยัดการตรวจร่างกายโดยแพทย์การให้ความรู้ตามแผนการสอน การมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันก่อนพบแพทย์ การรับประทานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย การให้โอกาสผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ตลอดจนการเยี่ยมบ้าน สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงกับค่าปกติ และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เคยมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้พบเห็นหรือประสบมาในอดีตจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน อาจมีผลต่อระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือเคยเห็นผู้ป่วยมะเร็งตายทุกคน เมื่อตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อาจมีความกลัวหรือไม่ยอมรักษา เพราะคิดว่าถึงรักษาก็ต้องตายหรือเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ สูญสิ้นความหวัง จนไม่สามารถตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้

สุกัญญดา หนูรักษ์[๒๐๓] ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๓๙๐ คน ได้มาโดยการเลือกอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

---

[๒๐๒] ชนม์ ฉายแม้น, **รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ PCU สามขา อำเภอกุฉินารายณ์**, (จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์ : ม.ป.พ., ๒๕๔๗), หน้าบทคัดย่อ.

[๒๐๓] สุกัญญดา หนูรักษ์, พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬากรณ์, **ปริญญานิพนธ์ วท.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๔๖), หน้าบทคัดย่อ.

จันทร์ศิริ ดาวเรือง[๒๐๔] ได้ศึกษาชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๑๖๗ คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้คือ คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

สุรีย์ จันทรโมลี[๒๐๕] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน ๑๖๘ คน พบว่าโปรแกรมสุขศึกษามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ได้ประมาณร้อยละ ๔๗.๐๐ ความเชื่อในการดูแลตนเองได้ร้อยละ ๒๑.๐๐ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ ๑๕.๐๐

จันทิมา โดษะนันท์[๒๐๖] ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัด ปทุมธานีตาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๓๒๐ คน เป็นชาย ๑๒๒ คน และหญิง ๑๙๘ คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . ๐๕

---

[๒๐๔] จันทร์ศิริ ดาวเรือง, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน, **วิทยานิพนธ์ พย.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๓๙), หน้าบทคัดย่อ.

[๒๐๕] สุรีย์ จันทรโมลี, ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี, **วิทยานิพนธ์ วท.ด.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๕), หน้า ๑๓๖-๑๕๒.

[๒๐๖] จันทิมา โดษะนันท์, การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี, **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๔), หน้าบทคัดย่อ.

กล่าวโดยสรุป จากการวิจัยพบว่าลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อโรคเบาหวาน ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เพศหญิงมากกว่าชาย อายุมาก โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรค,ดรรชนีความอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดและการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ,ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน,ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เคยมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้พบเห็นหรือประสบมาในอดีตจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน อาจมีผลต่อระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย

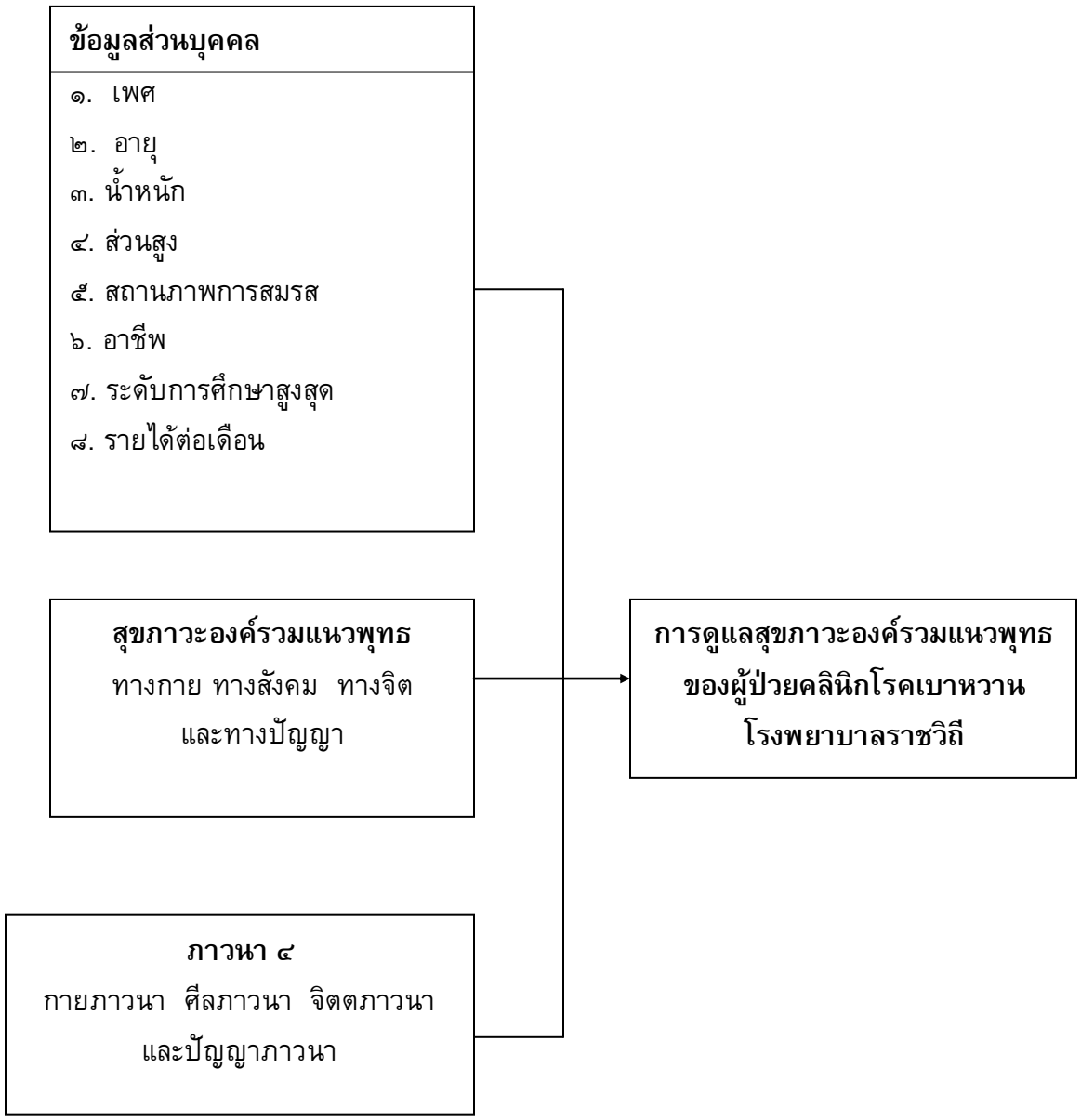
๒.๘ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง “สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี” ได้กำหนด ตัวแปรต่างๆ สามารถนำมาสรุป แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ตารางภาพ ๒.๑

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) **ตัวแปรตาม (Dependent Variable)**



บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่องสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ๑) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน ๒) เพื่อศึกษาระดับสภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ๓) เพื่อศึกษาความแตกต่างระดับสุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน

ในบทนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอ **วิธีดำเนินการวิจัย**ตามลำดับดังนี้

๑) การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๒) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

๓) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

๔) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกระทำข้อมูล

๕) การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๓.๑.๑ ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน ๗๕๐ คน ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงมีนาคม ๒๕๕๔

๓.๑.๒ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน ๖๕๐ คน มาเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973)[๑] โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

---

[๑] *Yamane, T., **Statistic: An Introductory Analysis**, 3 rd ed., (New York : Harper and Row, 1973), p. 888.*

ขั้นตอนที่ ๑ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่

จากสูตร $n = \frac{N}{๑ + N (e)๒}$

e คือ ความคาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่า $n = \frac{๖๕๐}{๑ + ๖๕๐(๐.๐๐๒๕)} = ๒๔๗.๑๕ = ๒๔๗$ คน

ขั้นตอนที่ ๒ สุ่มจำนวนตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

๓.๒ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

๑.ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน) สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ภาวนา๔

๒. ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ๔ ด้าน คือ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านรู้คิด(ปัญญา)

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิด ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างและเนื้อหาแบบสอบถามดังต่อ ไปนี้

๓.๓.๑ ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังนี้

๑) ทบทวนเอกสารและศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย และสร้างแบบสอบถาม

๒) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

๓) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

๔) นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน ๓๐ ชุด คือ ผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟา (Alpha Coefficient : α)

๕) นำแบบสอบถามที่หาความเชื่อถือได้แล้วมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งหนึ่ง แล้วปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลต่อไป

๓.๓.๒ เนื้อหาของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้ต่อเดือน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามสภาวะการเป็นโรคเบาหวาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำ

ตอนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม แบ่งเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านรู้คิด (ปัญญา) เป็นคำถามแบบมาตรฐานค่า (Rating Scale) ของ Likert โดยมีค่าเป็น ๕ ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบตอบได้คำตอบเดียว การกำหนดคะแนนแต่ละช่วงคำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนให้เกณฑ์ของพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ แบบสอบถามมี จำนวน ๔๐ ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่ ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน ๔ ด้าน ได้แก่

๑. การรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ด้านกาย	จำนวน	๑๐ ข้อ
๒. การรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ด้านสังคม	จำนวน	๑๐ ข้อ
๓. การรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ด้านจิตใจ	จำนวน	๑๐ ข้อ
๔. การรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ด้านรู้คิด(ปัญญา)	จำนวน	๑๐ ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้คำตอบเดียว การกำหนดคะแนนแต่ละช่วงคำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ให้เกณฑ์ของพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีพฤติกรรมและการรู้คิดในระดับ มากที่สุด	๕
เห็นด้วย	มีพฤติกรรมและการรู้คิดในระดับ มาก	๔
ไม่แน่ใจ	มีพฤติกรรมและการรู้คิดในระดับ ปานกลาง	๓
ไม่เห็นด้วย	มีพฤติกรรมและการรู้คิดในระดับ น้อย	๒
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีพฤติกรรมและการรู้คิดในระดับ น้อยที่สุด	๑

เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนน ผู้ศึกษาวิจัยได้ให้คะแนนตามค่าเฉลี่ยเพื่อกำหนดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

คะแนนระดับ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	๔.๕๐ – ๕.๐๐
คะแนนระดับ	เห็นด้วย	ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	๓.๕๐ – ๔.๔๙
คะแนนระดับ	ไม่แน่ใจ	ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	๒.๕๐ – ๓.๔๙
คะแนนระดับ	ไม่เห็นด้วย	ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	๑.๕๐ - ๒.๔๙
คะแนนระดับ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	๑.๐๐ - ๑.๔๙

๓.๓.๓ คุณภาพเครื่องมือ

สร้างแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำไปทดสอบ(Pre-test) ตามขั้นตอนดังนี้

๑) ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามไปขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติ เพื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ในการสร้างเครื่องมือ ตลอดจนประเด็นครบถ้วนของคำถาม และได้นำข้อคำถามในแบบสอบถามไปขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

๒) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบก่อนนำไปใช้จริง (Pre-Fest) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน แล้วจึงนำไปทดสอบ หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา (Alpha)= .๘๔๓๔ และความเที่ยงรายข้อแบบมาตรฐาน (Standardized item alpha) = .๘๓๗๖

๓.๓.๔ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยการใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เสนอข้อมูล ดังนี้

๑) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายถึง พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี

๒) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) T-test, F-test เพื่อทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการรับรู้ ถ้าพบค่า F interaction มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เท่ากับหรือน้อยกว่า ๐.๐๕ นำคะแนนเฉลี่ยไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ่ (Scheffe) ต่อไป

สำหรับนัยสำคัญสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ กำหนดไว้ที่ระดับ ๐.๐๕

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกระทำข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ดังนี้

๑) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อออกหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงคณะกรรมการสิทธิจริยธรรม โรงพยาบาลราชวิถี

๒) นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ไปยื่นต่อคณะกรรมการสิทธิจริยธรรม โรงพยาบาลราชวิถี ได้รับอนุมัติแล้วขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหัวหน้างานต่อมไร้ท่อ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี

๓) ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการ ๓๐ วัน แจกแบบสอบถามจำนวน ๒๘๐ ชุด สามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้มีความสมบรูณ์ ๒๕๒ ชุด

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมารวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบรูณ์ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรกแรมสำเร็จรูป SPSS for Window ๑๑.๕ (Statistical Package for Social Sciences) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

๑) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ

๒) วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านต่างๆ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถีโดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำค่าเฉลี่ยมาตัดสินตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ๔.๕๐ – ๕.๐๐ หมายถึง มีระดับความเชื่อมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย ๓.๕๐ – ๔.๔๙ หมายถึง มีระดับความเชื่อมาก
ค่าเฉลี่ย ๒.๕๐ – ๓.๔๙ หมายถึง มีระดับความเชื่อปานกลาง
ค่าเฉลี่ย ๑.๕๐ – ๒.๔๙ หมายถึง มีระดับความเชื่อน้อย
ค่าเฉลี่ย ๑.๐๐ – ๑.๔๙ หมายถึง มีระดับความเชื่อน้อยที่สุด

๓) วิเคราะห์การรับรู้เรื่องภาวนา ๔ ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยการทดสอบค่า Independent Samples t-test ในการจำแนกตัวแปร ๒ กลุ่ม, F-test (One-way ANOVA) ในการจำแนกตัวแปรที่ต้องการศึกษามากกว่า ๒ กลุ่ม และในกรณีที่พบความแตกต่างจะเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิจัย

๓.๖.๑ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตรดังนี้

๑) สูตรการหาค่าร้อยละ (Percentage)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ f หมายถึง ความถี่หรือจำนวนข้อมูล
X หมายถึง ค่าของข้อมูลหรือคะแนน

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
P	หมายถึง	ค่าร้อยละ

๒) สูตรการหาค่าเฉลี่ย (mean)[๒]

$$\overline{X} = \frac{\sum fx}{n}$$

เมื่อ	$\bar{x}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
	$\sum fX$	หมายถึง	ผลรวมของข้อมูลทั้งหมด
	n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F	หมายถึง	ความถี่

๓) สูตรการหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)[๓]

$$S.D. = \sqrt{\frac{n(\sum fx^2) - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum fx^2$	หมายถึง	ผลรวมกำลังสอง
	$(\sum fx)^2$	หมายถึง	ผลรวมของข้อมูล
	n	หมายถึง	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

๓.๖.๒ สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

๑) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร[๔] ดังนี้

$$[\alpha =] \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right)$$

---

[๒] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ, **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**, หน้า ๓๕๐.

[๓] เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๕๘.

[๔] เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๖๗.

เมื่อ α หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

k หมายถึง จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ หมายถึง ผลรวมของความแปรปรวนของแต่ละข้อ

S_t^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนรวม

๒) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เพื่อหาความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ โดยใช้สูตร[๕] ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญ มีค่าที่เป็นไปได้ 3 ค่า ดังนี้

+๑ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสามารถวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

๐ เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสามารถวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

- ๑ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สามารถวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เลือกข้อคำถาม ที่มีค่า IOC มากกว่า หรือเท่ากับ ๐.๕๐ ขึ้นไป ผลการหาค่า IOC ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง ๐.๖๗ – ๑.๐๐

ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย

๑) ผศ.ดร.สิริวัฒน์ ศรีเครือดง ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๒) นางสาวพัชรา เปรมปราณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓) อาจารย์วิชชุดา ฐิติโชติรัตนา วท.บ. (จิตวิทยา) ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว

๓.๖.๓ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Independent Samples t-test, F-test (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ถ้าพบความแตกต่าง

---

[๕] พวงรัตน์ ทวีรัตน์, **การสร้างและพัฒนาแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๓๐), หน้า ๒๙.

ระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Fisher's Least-Significant Difference (LSD)

๑) สูตร t-test[๖]

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ $\bar{X}_1$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๑
$\bar{X}_2$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๒
S^2_1 หมายถึง ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๑
S^2_2 หมายถึง ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๒
n_1 หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม ๑
n_2 หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม ๒

๒) สูตร F-test[๗]

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ MS_B หมายถึง ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
MS_w หมายถึง ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) ถ้าพบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Sig.) จะเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post Hoc Multiple Comparisons) ด้วยวิธี Fisher's Least-Significant Difference (LSD) โดยใช้สูตร ดังนี้

---

[๖] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ, **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**, หน้า ๓๘๕.

[๗] เรื่องเดียวกัน. หน้า ๓๘๕.

๓) สูตร LSD[๕]

เมื่อ $n_i \neq n_j$ LSD = $t_{1-\frac{\alpha}{2};\, n-k}\sqrt{MSE\left[\frac{1}{n_i}+\frac{1}{n_j}\right]}$

ถ้า $n_i = n_j$ LSD = $t_{1-\frac{\alpha}{2};\, n-k}\sqrt{\frac{2MSE}{n_i}}$

โดยที่ t df_w = n-k

LSD	หมายถึง ค่าผลต่างนัยสำคัญที่คำนวณได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ i และ j
MSE	หมายถึง ค่า Mean square error (MS_w)
K	หมายถึง จำนวนกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดสอบ
n	หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
α	หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อน
n_i	หมายถึง จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ i
n_j	หมายถึง จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ j

[๕] กัลยา วานิชย์บัญชา, **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย,** พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๕), หน้า ๒๕๘.

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่องสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ๑) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน ๒) เพื่อศึกษาระดับสภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ๓) เพื่อศึกษาความแตกต่างระดับสุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน ๔)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ

ในบทนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

๑) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

๒) ผลการวิเคราะห์สภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

๓) ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและสภาวะการเป็นเบาหวาน

๔) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน

๕) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๔.๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกปัจจัยด้านเพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, สถานภาพการสมรส, อาชีพ, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้ต่อเดือน

ปัจจัยทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
๑.เพศ		
ชาย	๙๖	๓๘.๑
หญิง	๑๕๖	๖๑.๙
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๒. อายุ(ปี)		

ปัจจัยทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
อายุต่ำกว่า ๔๐	๑๐	๔.๐
อายุระหว่าง ๔๑ – ๕๐	๕๗	๒๒.๖
อายุระหว่าง ๕๑ – ๖๐	๗๙	๓๑.๓
อายุตั้งแต่ ๖๐ ขึ้นไป	๑๐๖	๔๒.๑
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๓.น้ำหนัก(กก.)		
น้ำหนักต่ำกว่า ๕๐	๑๔	๕.๖
น้ำหนัก ๕๑ – ๖๐	๘๘	๓๔.๙
น้ำหนัก ๖๑ – ๗๐	๙๑	๓๖.๑
น้ำหนักมากกว่า ๗๑	๕๙	๒๓.๔
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๔.ส่วนสูง(ซม.)		
ต่ำกว่า ๑๕๐	๑๑	๔.๔
สูงระหว่าง ๑๕๑-๑๖๐	๑๔๘	๕๘.๗
สูงระหว่าง ๑๖๑-๑๗๐	๗๘	๓๑.๐
สูงมากกว่า ๑๗๑	๑๕	๖.๐
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๕.สถานภาพสมรส		
โสด	๔๐	๑๕.๙
สมรส	๑๙๔	๗๗.๐
หย่า	๑๘	๗.๑
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๖. อาชีพ		
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	๕๐	๑๙.๘
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	๑๐๙	๔๓.๓
พนักงานบริษัท /รับจ้าง	๔๔	๑๗.๕
อื่น ๆ	๔๙	๑๙.๔
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๗.ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๑๘๔	๗๓.๐
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๑๘	๗.๑

ปัจจัยทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	๔๕	๑๗.๙
สูงกว่า ปริญญาตรี	๕	๒.๐
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๘.รายได้ต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๖๘	๒๗.๐
ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๑๒๔	๔๙.๒
ระหว่าง ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๔๗	๑๘.๗
มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๑๓	๕.๒
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐

จากตารางที่ ๔.๑ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

๑. เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน เป็นเพศชาย จำนวน ๙๖ คน (๓๘.๑ %) และเป็นเพศหญิง จำนวน ๑๕๖ คน (๖๑.๙ **%)**

๒. **อายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๐๖ คน (๔๒.๑ **%)** รองลงมาอายุ ๕๑ – ๖๐ ปีจำนวน ๗๙ คน (๓๑.๓ **%)** อายุ ๔๑ – ๕๐ ปี จำนวน ๕๗ คน (๒๒.๖ **%)** และอายุต่ำกว่า ๔๐ ปีจำนวน ๑๐ คน (๔.๐ %)ตามลำดับ

๓. น้ำหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน มีน้ำหนัก ๖๑-๗๐ กก. จำนวน ๙๑ คน (๓๖.๑ %) รองลงมา ๕๑-๖๐ กก. จำนวน ๘๘ คน (๓๔.๙ %) มากกว่า ๗๑ กก. จำนวน ๕๙ คน (๒๓.๔ %) และต่ำกว่า ๕๐ กก. จำนวน ๑๔ คน (๕.๖ %)ตามลำดับ

๔. ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน สูง ๑๕๑-๑๖๐ ซม. จำนวน ๑๔๘ คน (๕๘.๔ %) รองลงมาสูงระหว่าง ๑๖๑-๑๗๐ ซม. จำนวน ๗๘ คน (๓๑.๐ %) สูงมากกว่า ๑๗๑ ซม. จำนวน ๑๕ คน (๖.๐ %) และมีระดับส่วนสูงต่ำกว่า ๑๕๐ ซม.มีจำนวน ๑๑ คน (๔.๔ %) ตามลำดับ

๕. สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน สถานภาพสมรส จำนวน ๑๙๔ คน (๗๗.๐ %) รองลงมา โสด จำนวน ๔๐ คน (๑๕.๙ %) และหย่า จำนวน ๑๘ คน (๗.๑%) ตามลำดับ

๖. อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายจำนวน ๑๐๙ คน (๔๓.๓ %) รองลงมาข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๕๐ คน (๑๙.๘ %) อาชีพอื่นๆ จำนวน ๔๙ คน (๑๙.๔ %) และพนักงานบริษัท /รับจ้าง จำนวน ๔๔ คน (๑๗.๕ %) ตามลำดับ

๗. ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่เป็น มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่าจำนวน ๑๘๔ คน (๗๓.๐ %)รองลงมา ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า จำนวน ๔๕ คน (๑๗.๙ %) อนุปริญญาหรือเทียบเท่าจำนวน ๑๘ คน (๗.๑ %) และสูงกว่า ปริญญาตรี จำนวน ๕ คน (๒.๐ %) ตามลำดับ

๘.รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท จำนวน ๑๒๔ คน (๔๙.๒ %) รองลงมา ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท จำนวน ๖๘ คน (๒๗.๐ %) ระหว่าง๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๔๗ คน (๑๘.๗%) และมากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท จำนวน ๑๓ คน (๕.๒ %) ตามลำดับ

๔.๒ ผลการวิเคราะห์สภาวะการเป็นเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน

ตารางที่ ๔.๒ แสดงข้อมูลสภาวะการเป็นเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถีดังนี้

สภาวะการเป็นโรคเบาหวาน	จำนวนคน	ร้อยละ
๑.ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน		
ต่ำกว่า ๕ ปี	๙๑	๓๖.๑
๕-๑๐ ปี	๙๒	๓๖.๕
มากกว่า ๑๐ ปี	๖๙	๒๗.๔
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๒. เริ่มการรักษา		
ใช่	๒๔๕	๙๗.๒
ไม่ใช่	๗	๒.๘
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๓.ระยะเวลาที่แพทย์นัดตรวจ		
๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๘๕	๓๓.๗
๒ เดือน	๑๐๓	๔๐.๙
๓ เดือน	๕๔	๒๑.๔
มากกว่า ๓ เดือน	๑๐	๔.๐
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๔.จำนวนครั้งการพักรักษา		
ไม่เคย	๑๘๑	๗๑.๘
๑-๓ ครั้ง	๕๙	๒๓.๔

มากกว่า ๓ ครั้ง	๑๒	๔.๘
สภาวะการเป็นโรคเบาหวาน	**จำนวนคน**	**ร้อยละ**
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๕. วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	๗๓	๒๙.๐
อาหาร		
รับประทานยา	๑๖๒	๖๔.๓
ฉีดอินซูลิน	๑๔	๕.๖
อื่นๆ	๓	๑.๒
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๖ อาการแทรกซ้อน		
มี	๑๙๘	๗๘.๖
ไม่มี	๕๔	๒๑.๔
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐
๗.ความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน		
ขั้นไม่รุนแรง	๒๒๑	๘๗.๗
ขั้นปานกลาง	๒๖	๑๐.๓
ขั้นรุนแรง	๕	๒.๐
รวม	๒๕๒	๑๐๐.๐

จากตารางที่ ๔.๒ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน

๑. ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยว่า**เป็นโรคเบาหวาน** ต่ำกว่า ๕ ปี จำนวน ๙๑ คน (๓๖.๑๔%) ๕-๑๐ ปี จำนวน ๙๒ คน (๓๖.๕%)

๒. เริ่มการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน เริ่มรับการรักษาตั้งแต่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน ๒๔๕ คน (๙๗.๒ %) ไม่เริ่มรับการรักษาตั้งแต่ตรวจพบจำนวน ๗ คน (๒.๘ %)

๓. ระยะเวลาที่แพทย์นัดตรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่นัด ๒ เดือน จำนวน ๑๐๓ คน (๔๐.๙ %)รองลงมานัด ๑ เดือนหรือต่ำกว่า จำนวน ๘๕ คน (๓๓.๗ %) นัด ๓ เดือน จำนวน ๕๔ คน (๒๑.๔%) และนัดมากกว่า ๓ เดือน จำนวน ๑๐ คน (๔.๐ %) ตามลำดับ

๔. จำนวนครั้งการพักรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ ไม่เคย จำนวน ๑๘๑ คน (๗๑.๘ %) ๑-๓ ครั้ง จำนวน ๕๙ คน (๒๓.๔ %) และมากกว่า ๓ ครั้ง จำนวน ๑๒ คน (๑๔.๘ %) ตามลำดับ

๕. วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ รับประทานยาแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน ๑๖๒ คน (๖๔.๓ %) รองลงมา ควบคุมอาหาร จำนวน ๗๙ คน (๒๙.๐ %) ฉีดอินซูลิน จำนวน ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ (๕.๖ %) และอื่นๆ จำนวน ๓ คน (๑.๒ %) ตามลำดับ

๖. อาการแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน ๑๙๘ คน (๗๘.๖ %) และไม่มีจำนวน ๕๔ คน (๒๑.๔ %)

๗. ความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ ขั้นไม่รุนแรงจำนวน ๒๒๑ คน (๘๗.๗ %) รองลงมา ขั้นปานกลาง จำนวน ๒๖ คน (๑๐.๓ %) และขั้นรุนแรง จำนวน ๕ คน (๒.๐ %) ตามลำดับ

๔.๓ ผลการวิเคราะห์ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและสภาวะการเป็นเบาหวานรายข้อและโดยรวมทุกข้อ ดังนี้

ตารางที่ ๔.๓ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับและลำดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านกาย จำแนกเป็นรายข้อโดยรวมทุกข้อ

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านกาย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
๑	ท่านมีประวัติพ่อแม่ พี่น้องหรือญาติเป็นโรคเบาหวาน	๓.๓๑	๑.๒๓	ปานกลาง	๕
๒	ท่านมักเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาแพง	๒.๘๒	๑.๐๐	ปานกลาง	๘
๓	ท่านเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	๔.๓๐	๐.๗๐	มาก	๑
๔	อาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อมีจำนวนที่พอเหมาะ	๔.๒๕	๐.๗๓	มาก	๒
๕	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์	๒.๗๙	๓.๔๐	ปานกลาง	๙

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิด ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านกาย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
	เสมอ				
๖	ท่านมักดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	๓.๑๗	๐.๘๖	ปานกลาง	๖
๗	ท่านคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่รับประทานทุกครั้ง	๔.๒๑	๐.๗๗	มาก	๓
๘	ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง	๑.๖๔	๐.๘๕	น้อย	๑๐
๙	ท่านพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน	๔.๑๐	๐.๘๓	มาก	๔
๑๐	ท่านไม่ใส่ใจกับสุขภาพร่างกายของตนเอง	๓.๐๐	๑.๑๗	ปานกลาง	๗
รวม		**๓.๖๘**	**๐.๓๘**	**มาก**	

จากตารางที่ ๔.๓ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านกาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องสุขภาวะองค์รวมทางด้านกายไม่แตกต่างกันมากนัก จากการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๐.๓๘ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ลำดับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จากมากไปหาน้อย ๓ ลำดับแรก ท่านเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ($\overline{X}$ =๔.๓๐) ลำดับที่ ๒ อาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อมีจำนวนที่พอเหมาะ ($\overline{X}$ = ๔.๒๕) ลำดับที่ ๓ ท่านคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่รับประทานทุกครั้ง ($\overline{X}$ = ๔.๒๑)

ตารางที่ ๔.๔ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านสังคม จำแนกเป็นรายข้อ และโดยรวมทุกข้อ

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิด ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
๑	ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างดี	๔.๑๙	๐.๗๗	มาก	๑
๒	ท่านช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้อื่นตามโอกาสอย่างเต็มใจ	๔.๐๘	๐.๗๙	มาก	๒
๓	ท่านเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติ	๓.๔๒	๐.๘๕	ปานกลาง	๗

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
๔	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกไม่พอใจได้	๓.๑๐	๐.๙๒	ปานกลาง	๘
๕	ท่านมีความกตัญญูผู้มีพระคุณ และเห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น	๓.๘๓	๐.๘๗	มาก	๓
๖	ท่านแสดงออกด้วยความสุภาพอ่อนโยน	๓.๗๓	๐.๗๒	มาก	๔
๗	ท่านมักให้การสงเคราะห์ผู้คนตามความสามารถอย่างสม่ำเสมอ	๓.๒๘	๐.๙๑	ปานกลาง	๖
๘	ท่านชักชวนสมาชิกในบ้าน / ที่ทำงานช่วยกันจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่	๒.๙๖	๐.๙๒	ปานกลาง	๑๐
๙	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบในการอยู่ร่วมกัน	๒.๙๘	๐.๙๓	ปานกลาง	๙
๑๐	ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่น	๓.๕๘	๐.๘๖	มาก	๕
รวม		**๓.๕๑**	**๐.๕๘**	**มาก**	

จากตารางที่ ๔.๔ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมากและกลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องสุขภาวะองค์รวมทางด้านสังคมไม่แตกต่างกันมากนัก จากการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๐.๕๘ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อลำดับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จากมากไปหาน้อย ๓ ลำดับแรก ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างดี ($\overline{X}$ =๔.๑๙) ลำดับที่ ๒ ท่านช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้อื่นตามโอกาสอย่างเต็มใจ ($\overline{X}$ =๔.๐๘) ลำดับที่ ๓ ท่านมีความกตัญญูผู้มีพระคุณ และ เห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น ($\overline{X}$ = ๓.๘๓)

ตารางที่ ๔.๕ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ และโดยรวมทุกข้อ

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านจิตใจ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
๑	ท่านมีความสุขที่ได้ทำบุญ	๔.๖๖	๐.๕๔	มากที่สุด	๑
๒	ท่านมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือหรือแนะนำผู้อื่นให้ทำสิ่งที่ดีงาม	๔.๓๓	๐.๗๐	มาก	๒
๓	ท่านพยายามขจัดความโลภ โกรธ หลง ให้มีเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้	๓.๑๑	๑.๒๒	ปานกลาง	๙
๔	ท่านสามารถทำใจให้สบายได้ แม้ประสบปัญหา	๓.๓๓	๐.๘๔	ปานกลาง	๘
๕	ท่านรู้สึกซาบซึ้ง เห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น	๔.๐๖	๐.๖๗	มาก	๓
๖	เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ท่านคุมสติได้ดี	๓.๓๗	๐.๘๔	ปานกลาง	๗
๗	ท่านรู้สึกกังวลใจกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต	๓.๓๕	๐.๘๗	ปานกลาง	๖
๘	ท่านรู้สึกไม่พอใจที่คนอื่นได้รับสิ่งที่ดีหรือได้ดีกว่า	๒.๔๓	๑.๒๑	น้อย	๑๐
๙	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความหวังอยู่เสมอ	๓.๘๐	๐.๘๖	มาก	๕
๑๐	ปกติท่านเป็นคนที่มีจิตใจสุขสงบ	๓.๘๖	๐.๗๘	มาก	๔
รวม		**๓.๖๗**	**๐.๔๑**	**มาก**	

จากตารางที่ ๔.๕ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะองค์รวมด้านจิตใจ โดยรวมอยู่ในระดับมากและกลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องสุขภาวะองค์รวมทางด้านจิตไม่แตกต่างกันมากนัก จากการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๐.๔๑ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ลำดับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จากมากไปหาน้อย ๓ ลำดับแรก ที่ว่า ท่านมีความสุขที่ได้ทำบุญ ($\overline{X}$ = ๔.๖๖) ลำดับที่ ๒ ท่านมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือหรือแนะนำผู้อื่นให้ทำสิ่งที่ดีงาม ($\overline{X}$ = ๔.๓๓) ลำดับที่ ๓ ท่านรู้สึกซาบซึ้ง เห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น ($\overline{X}$ = ๔.๐๖)

ตารางที่ ๔.๖ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านรู้คิด (ปัญญา) จำแนกเป็นรายข้อโดยรวมทุกข้อ

ข้อที่	พฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านรู้คิดปัญญา	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
๑	ท่านแบ่งเวลาทำกิจต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม	๓.๑๐	๐.๙๑	ปานกลาง	๙
๒	ท่านได้พัฒนา ปรับปรุงงานให้ดียิ่งๆ ขึ้น	๓.๒๕	๐.๘๘	ปานกลาง	๗
๓	ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น	๓.๔๘	๐.๘๑	ปานกลาง	๖
๔	ท่านสนใจศึกษาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	๓.๘๘	๐.๗๔	มาก	๓
๕	ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	๒.๙๘	๑.๐๔	ปานกลาง	๑๐
๖	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด และเสนอสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นตามความเหมาะสม	๓.๒๕	๐.๙๐	ปานกลาง	๗
๗	ก่อนที่ท่านจะเชื่อสิ่งใด จะต้องศึกษาหรือตรวจสอบให้ถ่องแท้	๓.๖๑	๐.๘๒	มาก	๕
๘	ท่านเข้าใจความจริง เผชิญปัญหาและแก้ปัญหาด้วยเหตุผล	๓.๖๓	๐.๘๔	มาก	๔
๙	ท่านคิดว่าการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวกับธรรมชาติ จะทำให้พบกับความสุขที่แท้จริง	๓.๘๙	๐.๙๓	มาก	๒
๑๐	ท่านเข้าใจว่าไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอน	๔.๑๓	๐.๘๔	มาก	๑
รวม		**๓.๕๒**	**๐.๕๗**	**มาก**	

จากตารางที่ ๔.๖ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้านรู้คิด(ปัญญา) โดยรวมอยู่ในระดับมากและกลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องสุขภาวะองค์รวมโดยรวมไม่แตกต่างกันมากนัก จากการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๐.๕๗ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

ลำดับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ จากมากไปหาน้อย ๓ ลำดับแรก ท่านเข้าใจว่าไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอน ($\overline{X}$ =๔.๑๓) ลำดับที่ ๒ ท่านคิดว่าการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวกับธรรมชาติ จะทำให้พบกับความสุขที่แท้จริง ($\overline{X}$ = ๓.๘๙) ลำดับที่ ๓ ท่านสนใจศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\overline{X}$ = ๓.๘๘)

ตารางที่ ๔.๗ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ และโดยรวมทุกด้าน

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	$\overline{X}$	SD	ระดับ	ลำดับ
๑	ด้านกาย	๓.๖๘	๐.๔๕	มาก	๑
๒	ด้านสังคม	๓.๕๑	๐.๕๘	มาก	๔
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๗	๐.๔๑	มาก	๒
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๕๒	๐.๕๗	มาก	๓
	โดยรวม	๓.๖๐	๐.๓๘	มาก	

จากตารางที่ ๔.๗ พบว่าโดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการรับรู้สภาวะสุขภาพแบบองค์รวมแนวพุทธทุกด้านและในแต่ละด้านในระดับมาก ($\overline{X}$ = ๓.๖๐, SD = ๐.๓๘) ซึ่งสามารถจัดลำดับการรับรู้จากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านปัญญา และด้านสังคม ตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๖๘, ๓.๖๗, ๓.๕๒ และ ๓.๕๑)

๔.๔ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน

ตารางที่ ๔.๘ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามเพศชาย และหญิง ด้วยการทดสอบ t – test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	เพศ ($\overline{X}$)		t	p-value
		ชาย (N=๙๖)	หญิง (N=๑๕๖)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๕	๓.๗๐	๐.๗๙	๐.๔๓
๒	ด้านสังคม	๓.๔๑	๓.๕๘	๒.๒๘	๐.๒๔
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๒	๓.๗๑	๑.๖๔	๐.๑๐
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๔๑	๓.๕๙	๒.๕๓	๐.๐๒*
	โดยรวม	๓.๕๒	๓.๖๕	๒.๕๒	๐.๐๒*

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๘ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ สูงกว่าเพศชายทุกด้าน เพศชายค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)รวมทุกด้าน = ๓.๕๒ เพศหญิงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) รวมทุกด้าน = ๓.๖๕ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านรู้คิด (ปัญญา) มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ โดยภาพรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๕ จึงยอมรับสมมุติฐานที่ ๑ ซึ่งแสดงความเห็น เพศเป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตาราง ๔.๙ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจำแนกตามอายุ ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อายุ (ปี) ($\overline{X}$)				F	p-value
		< ๔๐ (N=๑๐)	๔๑-๕๐ (N=๕๗)	๕๑-๖๐ (N=๗๙)	> ๖๑ (N=๑๐๖)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๔	๓.๗๙	๓.๖๔	๓.๖๕	๑.๕๙	๐.๑๙
๒	ด้านสังคม	๓.๙๘	๓.๕๒	๓.๔๔	๓.๕๓	๒.๖๗	๐.๐๕*
๓	ด้านจิตใจ	๔.๐๒	๓.๗๗	๓.๖๐	๓.๖๕	๔.๔๑	๐.๐๑**
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๔.๐๖	๓.๕๘	๓.๔๕	๓.๔๙	๓.๘๐	๐.๐๒*
โดยรวม		๓.๙๕	๓.๖๖	๓.๕๓	๓.๕๘	๔.๕๐	๐.๐๑**

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตาราง ๔.๙ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามอายุ โดยภาพรวมทุกกลุ่มอายุค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่มอายุจัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ อายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อายุ ๔๑-๕๐ ปี อายุ ๖๑ ปีขึ้นไปและอายุ ๕๑-๖๐ ปีตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๙๕, ๓.๖๖, ๓.๕๘ และ ๓.๕๓)

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ จำแนกตามอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One –way ANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ ๒ อายุต่างกันมีการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ แตกต่างกัน โดยแบ่งอายุแตกต่างกัน ๔ กลุ่ม คือ ต่ำกว่า ๔๐ปี ๔๑-๕๐ ปี ๕๑-๖๐ ปีและ ๖๐ ปีขึ้นไป โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม โดยรวมมีค่า p-value ๐.๐๑ แสดงว่ามีระดับความคิดเห็นแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านปัญญา และด้านสังคม มีค่า p-value ๐.๐๑, ๐.๐๒, ๐.๐๕ ตามลำดับ โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามอายุ เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๑๐ ดังนี้

ตาราง ๔.๑๐ แสดงค่าการวิเคราะห์ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ด้านต่าง ๆ จำแนกตามอายุ

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อายุ(ปี)	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑.ต่ำกว่า ๔๐	๓.๗๔	-	๐.๗๔	๐.๕๓	๐.๕๓
		๒. ๔๑-๕๐	๓.๗๙		-	๐.๐๖	๐.๐๕*
		๓. ๕๑-๖๐	๓.๖๔			-	๐.๙๙
		๔. ๖๑ ขึ้นไป	๓.๖๕				-
๒	ด้านสังคม	๑.ต่ำกว่า ๔๐	๓.๙๘	-	๐.๐๓*	๐.๐๑**	๐.๐๒*
		๒. ๔๑-๕๐	๓.๕๒		-	๐.๔๑	๐.๙๓
		๓. ๕๑-๖๐	๓.๔๔			-	๐.๒๙
		๔. ๖๑ ขึ้นไป	๓.๕๓				-

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อายุ(ปี)	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๓	ด้านจิตใจ	๑.ต่ำกว่า ๔๐	๔.๐๒	-	๐.๐๗	๐.๐๑**	๐.๐๑**
		๒. ๔๑-๕๐	๓.๗๗		-	๐.๐๒*	๐.๐๗
		๓. ๕๑-๖๐	๓.๖๐			-	๐.๔๖
		๔. ๖๑ ขึ้นไป	๓.๖๕				-
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๑.ต่ำกว่า ๔๐	๔.๐๖	-	๐.๐๒*	๐.๐๑**	๐.๐๑**
		๒. ๔๑-๕๐	๓.๕๘		-	๐.๒๐	๐.๓๖
		๓. ๕๑-๖๐	๓.๔๕			-	๐.๖๒
		๔. ๖๑ ขึ้นไป	๓.๔๙				-
โดยรวม		๑.ต่ำกว่า ๔๐	๓.๙๕	-	๐.๐๓*	๐.๐๑**	๐.๐๑**
		๒. ๔๑-๕๐	๓.๖๖		-	๐.๐๕*	๐.๑๖
		๓. ๕๑-๖๐	๓.๕๓			-	๐.๔๒
		๔. ๖๑ ขึ้นไป	๓.๕๘				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๐ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านกาย กลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี เปรียบเทียบกับอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ด้านสังคม กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ปี เปรียบเทียบกับอายุ ๔๑-๕๐ ปี อายุ ๕๑-๖๐ ปี และอายุ ๖๑ ปี ขึ้นไป ด้านจิตใจ กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ปี เปรียบเทียบกับอายุ ๕๑-๖๐ ปี และอายุ ๖๑ ปี ขึ้นไป กลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี เปรียบเทียบกับอายุ ๕๑-๖๐ ปี ด้านรู้คิด(ปัญญา) กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ปี เปรียบเทียบกับอายุ ๔๑-๕๐ ปี อายุ ๕๑-๖๐ ปี และอายุ ๖๑ ปี ขึ้นไป มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสถิติและโดยรวมกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ปี มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกับกลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ปี มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกับกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปี และอายุ ๖๑ ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ กลุ่มอายุ ๔๑-๕๐ ปี มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกับกลุ่มอายุ ๕๑-๖๐ ปี ไป อย่างมีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จึงยอมรับสมมุติฐานที่ ๒ ซึ่งแสดงความเห็นด้านอายุ ของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๑ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามน้ำหนัก ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	น้ำหนัก(กก.) ($\overline{X}$)				F	p-value
		< ๕๐ (N=๑๔)	๕๑-๖๐ (N=๘๘)	๖๑-๗๐ (N=๙๑)	>๗๑ (N=๕๙)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๓	๓.๗๒	๓.๗๐	๓.๖๑	๐.๙๐	๐.๔๔
๒	ด้านสังคม	๓.๗๑	๓.๕๙	๓.๔๔	๓.๔๗	๑.๖๐	๐.๑๙
๓	ด้านจิตใจ	๓.๗๑	๓.๗๓	๓.๖๗	๓.๖๐	๑.๒๒	๐.๓๐
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๖๙	๓.๖๐	๓.๔๑	๓.๕๒	๒.๑๗	๐.๐๙
โดยภาพรวม		๓.๖๙	๓.๖๖	๓.๕๖	๓.๕๕	๑.๗๔	๐.๑๖

จากตารางที่ ๔.๑๑ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามน้ำหนัก โดยภาพรวมทุกกลุ่มน้ำหนักมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่มจัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ น้ำหนักต่ำกว่า ๕๐ กก. น้ำหนัก ๕๑-๖๐ กก. น้ำหนัก ๖๑-๗๐ กก.และน้ำหนัก ๗๑ กก.ขึ้นไปตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๖๙, ๓.๖๖, ๓.๕๖ และ ๓.๕๕)

การแสดงผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ พบว่า โดยรวมไม่แตกต่าง จึงไม่ยอมรับสมมุติฐานที่ ๓ ซึ่งแสดงความเห็นด้านน้ำหนัก ไม่เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๒ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามส่วนสูง ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ส่วนสูง(ซม.) ($\overline{X}$)				F	p-value
		<๑๕๐ (N=๑๑)	๑๕๑-๑๖๐ (N=๑๔๘)	๑๖๑-๑๗๐ (N=๗๘)	>๑๗๐ ซม. (N=๑๕)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๐	๓.๗๐	๓.๖๗	๓.๕๙	๐.๒๘	๐.๘๔
๒	ด้านสังคม	๓.๗๑	๓.๔๕	๓.๖๐	๓.๕๗	๑.๖๔	๐.๑๘
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๐	๓.๖๗	๓.๖๙	๓.๖๓	๐.๒๓	๐.๘๘
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๖๑	๓.๔๙	๓.๕๘	๓.๕๙	๐.๖๙	๐.๕๖
โดยภาพรวม		๓.๖๕	๓.๕๗	๓.๖๔	๓.๖๐	๐.๕๓	๐.๖๗

จากตารางที่ ๔.๑๒ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ จำแนกตามส่วนสูง โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่มอายุจัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ต่ำกว่า ๑๕๐ ซม. สูง ๑๖๑-๑๗๐ ซม. สูงมากกว่า ๑๗๐ ซม.และสูง ๑๕๑-๑๖๐ ซม.ตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๖๕, ๓.๖๔, ๓.๖๐ และ ๓.๕๗)

การแสดงผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ พบว่า โดยรวมไม่แตกต่างกัน จึงไม่ยอมรับสมมุติฐานที่ ๔ ซึ่งแสดงความเห็นด้านส่วนสูง ไม่เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๓ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามสถานภาพสมรส ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	สถานภาพสมรส ($\overline{X}$)			F	p-value
		โสด (N=๔๐)	สมรส (N=๑๙๔)	หย่า (N=๑๘)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๗	๓.๗๐	๓.๕๐	๑.๕๘	๐.๒๑
๒	ด้านสังคม	๓.๖๓	๓.๕๐	๓.๓๘	๑.๒๔	๐.๒๙
๓	ด้านจิตใจ	๓.๘๕	๓.๖๔	๓.๖๔	๔.๒๕	๐.๐๒*
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๖๘	๓.๔๙	๓.๔๙	๑.๘๖	๐.๑๖
โดยภาพรวม		๓.๗๐	๓.๕๘	๓.๕๑	๒.๓๔	๐.๑๐

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๓ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามสถานภาพสมรส โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ โสด สมรส หย่า ตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๗๐, ๓.๕๘, ๓.๕๑)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ พบว่า ด้านกาย ด้านสังคม และด้านรู้คิด (ปัญญา) ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๕ โดยภาพรวมสถานภาพสมรสไม่เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจำแนกตามสถานภาพการสมรส ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๑๐ ดังนี้

ตาราง ๔.๑๔ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามสถานภาพการสมรส

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	สถานภาพสมรส	$\overline{X}$	Significant		
				๑	๒	๓
๑.	ด้านกาย	๑.โสด	๓.๖๗	-	๐.๗๑	๐.๑๙
		๒.สมรส	๓.๗๐		-	๐.๐๘
		๓.หย่า	๓.๕๑			-
๒.	ด้านสังคม	๑.โสด	๓.๖๓	-	๐.๒๒	๐.๑๔
		๒.สมรส	๓.๕๐		-	๐.๔๐
		๓.หย่า	๓.๓๘			-
๓.	ด้านจิตใจ	๑.โสด	๓.๘๕	-	๐.๐๑**	๐.๐๗
		๒.สมรส	๓.๖๔		-	๐.๙๗
		๓.หย่า	๓.๖๔			-
๔.	ด้านปัญญา	๑.โสด	๓.๖๘	-	๐.๐๖	๐.๒๕
		๒.สมรส	๓.๔๙		-	๐.๙๙
		๓.หย่า	๓.๔๙			-
โดยภาพรวม		๑.โสด	๓.๗๑	-	๐.๐๖	๐.๐๖
		๒.สมรส	๓.๕๘		-	๐.๓๘
		๓.หย่า	๓.๕๐			-

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๔ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ ตามสถานภาพสมรส พบว่า ด้านจิตใจระหว่างคนโสดเปรียบเทียบกับสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ แต่โดยรวมทั้ง ๔ ด้านไม่แตกต่างกัน จึงไม่ยอมรับสมมุติฐานที่ ๕ สถานภาพสมรสไม่เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๕ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ อาชีพ ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อาชีพ ($\overline{X}$)				F	p-value
		ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (N=๕๐)	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (N=๑๐๙)	พนักงานบริษัท/รับจ้าง (N=๔๔)	อื่นๆ (N=๔๙)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๑	๓.๗๑	๓.๗๒	๓.๖๗	๐.๖๐	๐.๖๒
๒	ด้านสังคม	๓.๔๙	๓.๔๐	๓.๔๔	๓.๘๖	๗.๘๐	๐.๐๐**
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๖	๓.๖๐	๓.๗๐	๓.๘๓	๓.๕๓	๐.๐๒*
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๔๙	๓.๓๘	๓.๕๓	๓.๘๕	๘.๑๗	๐.๐๐**
โดยภาพรวม		๓.๕๖	๓.๕๒	๓.๖๐	๓.๘๐	๖.๕๙	๐.๐๐**

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๕ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามอาชีพ โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กลุ่มอาชีพอื่นๆ พนักงานบริษัท / รับจ้าง ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๘๐, ๓.๖๐, ๓.๕๖, ๓.๕๒)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ ระหว่างอาชีพ พบว่า ด้านกายระดับสุขภาวะองค์รวมแต่ละอาชีพมีระดับไม่แตกต่างกัน ด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ ด้านสังคม ด้านรู้คิด(ปัญญา) และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๑

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามอาชีพ ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ดังนี้

ตาราง ๔.๑๖ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามอาชีพ

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อาชีพ	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๖๑	-	๐.๒๓	๐.๒๖	๐.๕๖
		๒.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	๓.๗๑		-	๐.๘๘	๐.๖๑
		๓.พนักงานบริษัท/รับจ้าง	๓.๗๒			-	๐.๕๙
		๔.อื่นๆ	๓.๖๗				-
๒	ด้านสังคม	๑.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๔๙	-	๐.๔๐	๐.๗๐	๐.๐๑**
		๒.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	๓.๔๐		-	๐.๗๒	๐.๐๐**
		๓.พนักงานบริษัท/รับจ้าง	๓.๔๔			-	๐.๐๐**
		๔.อื่นๆ	๓.๘๖				-
๓	ด้านจิตใจ	๑.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๖๖	-	๐.๔๕	๐.๖๐	๐.๐๔*
		๒.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	๓.๖๐		-	๐.๑๙	๐.๐๑**
		๓.พนักงานบริษัท/รับจ้าง	๓.๗๐			-	๐.๑๓
		๔.อื่นๆ	๓.๘๓				-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๔๙	-	๐.๒๔	๐.๗๕	๐.๐๑**
		๒.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	๓.๓๘		-	๐.๑๔	๐.๐๐**
		๓.พนักงานบริษัท/รับจ้าง	๓.๕๓			-	๐.๐๑**
		๔.อื่นๆ	๓.๘๕				-
โดยรวม		๑.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๕๖	-	๐.๕๕	๐.๖๔	๐.๐๑**
		๒.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	๓.๕๒		-	๐.๒๗	๐.๐๐*
		๓.พนักงานบริษัท/รับจ้าง	๓.๖๐			-	๐.๐๑**
		๔.อื่นๆ	๓.๘๐				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๖ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างระหว่างอาชีพของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ พบว่า ด้านกายแต่ละอาชีพระดับสุขภาวะ ไม่แตกต่างกัน ด้านสังคมระหว่างอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายและพนักงานบริษัท/รับจ้าง เปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๑ ด้านจิตใจ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ เปรียบเทียบระหว่างระหว่างอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ๐.๐๑ ด้านรู้คิด(ปัญญา) ระหว่างอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย พนักงานบริษัท/รับจ้าง เปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ โดยรวมทั้ง ๔ ด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ จึงยอมรับสมมุติฐานที่ ๖ ซึ่งแสดงความเห็นด้านอาชีพ เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๗ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด ด้วยการทดสอบ F– test

กลุ่มที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระดับการศึกษา ($\overline{X}$)				F	p-value
		มัธยมศึกษา/ต่ำกว่า (N=๑๘๔)	อนุปริญญา/เทียบเท่า (N=๑๘)	ปริญญาตรี/เทียบเท่า (N=๔๕)	สูงกว่าปริญญาตรี (N=๕)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๘	๓.๕๙	๓.๗๒	๓.๘๐	๐.๕๑	๐.๖๘
๒	ด้านสังคม	๓.๔๔	๓.๖๘	๓.๗๐	๔.๐๐	๔.๒๙	๐.๐๐*
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๑	๓.๗๖	๓.๘๔	๓.๙๒	๔.๗๓	๐.๐๐*
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๔๕	๓.๘๐	๓.๗๐	๓.๖๘	๔.๓๐	๐.๐๑*
โดยภาพรวม		๓.๕๕	๓.๗๑	๓.๗๔	๓.๘๕	๔.๘๐	๐.๐๐*

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๗ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามระดับการศึกษา โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ สูงกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๘๕, ๓.๗๔, ๓.๗๑, ๓.๕๕)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ พบว่าระดับการศึกษาต่างกันสุขภาวะด้านกายไม่แตกต่างกัน ด้านรู้คิด (ปัญญา)แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๑

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกระดับการศึกษา ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๑๔ ดังนี้

ตาราง ๔.๑๘ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระดับการศึกษา	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑. มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๓.๖๘	-	๐.๔๒	๐.๕๔	๐.๕๕
		๒.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๓.๕๙		-	๐.๒๘	๐.๓๕
		๓.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	๓.๗๒			-	๐.๗๒
		๔.สูงกว่า ปริญญาตรี	๓.๘๐				-
๒	ด้านสังคม	๑. มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๓.๔๔	-	๐.๐๙	๐.๐๑**	๐.๓๒
		๒.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๓.๖๘		-	๐.๘๙	๐.๒๗
		๓.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	๓.๗๐			-	๐.๒๗
		๔.สูงกว่า ปริญญาตรี	๔.๐๐				-
๓	ด้านจิตใจ	๑. มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๓.๖๒	-	๐.๑๕	๐.๐๑**	๐.๑๐
		๒.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๓.๗๖		-	๐.๔๖	๐.๔๔

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระดับการศึกษา	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
		๓.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	๓.๘๔			-	๐.๖๙
		๔.สูงกว่า ปริญญาตรี	๓.๙๒				-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑. มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๓.๔๕	-	๐.๐๒*	๐.๐๑**	๐.๓๖
		๒.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๓.๘๐		-	๐.๕๒	๐.๖๗
		๓.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	๓.๗๐			-	๐.๙๔
		๔.สูงกว่า ปริญญาตรี	๓.๖๘				-
	โดยภาพรวม	๑. มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า	๓.๕๕	-	๐.๐๘	๐.๐๑**	๐.๐๗
		๒.อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๓.๗๑		-	๐.๗๓	๐.๔๕
		๓.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	๓.๗๔			-	๐.๕๓
		๔.สูงกว่า ปริญญาตรี	๓.๘๕				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๘ ผลการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ด้านกายในแต่ละกลุ่มการศึกษาไม่แตกต่างกัน ด้านสังคมและด้านจิตใจ ระหว่างมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเปรียบเทียบกับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านรู้คิด(ปัญญา) ระหว่างมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเปรียบเทียบกับ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑และ๐.๐๕ ตามลำดับ โดยภาพรวมระดับมัธยมศึกษา หรือต่ำกว่าเปรียบเทียบกับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ จึงยอมรับสมมุติฐานที่ ๗ ซึ่งแสดงความเห็นด้านระดับการศึกษา เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๑๙ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน ด้วยการทดสอบ F– test

กลุ่มที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	รายได้ต่อเดือน (บาท) ($\overline{X}$)				F	p-value
		< ๕,๐๐๐ (N=๖๘)	๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ (N=๑๒๔)	๑๕,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ (N=๔๗)	> ๓๐,๐๐๑ (N=๑๓)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๙	๓.๖๖	๓.๗๕	๓.๖๐	๐.๕๘	๐.๖๓
๒	ด้านสังคม	๓.๕๓	๓.๔๓	๓.๗๓	๓.๔๖	๓.๑๖	๐.๐๓*
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๕	๓.๖๓	๓.๘๔	๓.๖๔	๓.๓๗	๐.๐๒*
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๕๕	๓.๔๕	๓.๗๑	๓.๓๘	๒.๘๕	๐.๐๔*
โดยภาพรวม		๓.๖๑	๓.๕๔	๓.๗๖	๓.๕๒	๔.๐๗	๐.๐๑*

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๙ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ รายได้ระหว่าง ๑๕,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท รายได้ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท รายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท รายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๗๖, ๓.๖๑, ๓.๔๕, ๓.๕๒)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างรายได้ต่อเดือนต่อระดับสุขภาวะองค์แนวพุทธด้านต่างๆ พบว่าความแตกต่างของรายได้ต่อเดือน ไม่มีผลต่อระดับสุขภาวะองค์รวม ด้านกาย ส่วนด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านรู้คิด (ปัญญา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๕ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ จำแนกตามรายได้ ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๑๖ ดังนี้

ตาราง ๔.๒๐ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ ด้านต่าง ๆ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	รายได้ (บาท)	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓.๖๙	-	๐.๖๒	๐.๕๔	๐.๔๙
		๒. ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๓.๖๖		-	๐.๒๖	๐.๖๕
		๓. ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๓.๗๕			-	๐.๓๐
		๔.มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๓.๖๐				-
๒	ด้านสังคม	๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓.๕๓	-	๐.๒๓	๐.๐๗	๐.๖๘
		๒. ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๓.๔๓		-	๐.๐๑**	๐.๘๕
		๓. ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๓.๗๓			-	๐.๑๔
		๔.มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๓.๔๖				-
๓	ด้านจิตใจ	๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓.๖๕	-	๐.๗๙	๐.๐๒	๐.๙๕
		๒. ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๓.๖๓		-	๐.๐๑**	๐.๙๔
		๓. ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๓.๘๔			-	๐.๑๑
		๔.มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๓.๖๔				-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓.๕๕	-	๐.๒๑	๐.๑๓	๐.๓๐
		๒. ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๓.๔๕		-	๐.๒๒	๐.๐๑**
		๓. ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๓.๗๑			-	๐.๐๖
		๔.มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๓.๓๘				-
	โดยรวม	๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐	๓.๖๑	-	๐.๒๕	๐.๐๔	๐.๔๔
		๒. ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๓.๕๔		-	๐.๐๑**	๐.๘๕
		๓. ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐	๓.๗๖			-	๐.๐๕*
		๔.มากกว่า ๓๐,๐๐๑	๓.๕๒				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๐ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างด้านรายได้ พบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมองค์แนวพุทธด้านต่าง ๆ ด้านกายไม่พบความแตกต่าง ด้านสังคมพบความแตกต่างระหว่างรายได้ ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท เปรียบเทียบกับรายได้ ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านจิตใจ พบความแตกต่างระหว่างรายได้ ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท เปรียบเทียบกับรายได้๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยภาพรวมพบความแตกต่างระหว่างรายได้ ๕,๐๐๑-

๑๕,๐๐๐ บาท เปรียบเทียบกับรายได้๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และพบความแตกต่างระหว่างรายได้ ๑,๕๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ เปรียบเทียบกับรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จึงยอมรับสมมุติฐานที่ ๘ ซึ่งแสดงความเห็นด้านรายได้ เป็นปัจจัยต่อระดับการดูแลสุขภาพ

ตาราง ๔.๒๑ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ปี) ($\overline{X}$)			F	p-value
		< ๕ (N=๙๑)	๕-๑๐ (N=๙๒)	>๑๐ (N=๖๙)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๙	๓.๖๔	๓.๕๙	๔.๔๖	๐.๐๒*
๒	ด้านสังคม	๓.๕๙	๓.๔๗	๓.๔๘	๑.๐๙	๐.๓๔
๓	ด้านจิตใจ	๓.๗๑	๓.๖๑	๓.๗๑	๑.๗๐	๐.๑๙
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๕๘	๓.๔๙	๓.๕๐	๐.๖๖	๐.๕๒
โดยรวม		๓.๖๗	๓.๕๕	๓.๕๗	๒.๓๔	๐.๑๐

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๑ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ต่ำกว่า ๕ ปี มากกว่า ๑๐ ปี ระหว่าง ๕-๑๐ ปี ($\overline{X}$ = ๓.๖๗, ๓.๕๗, ๓.๔๔)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของ ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆจากระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้านกาย พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีผลต่อพฤติกรรมและการรู้คิดแตกต่างกันมีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ <๐.๐๕ โดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๒๒ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามการเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ t – test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	การเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ($\overline{X}$)		t	p-value
		ใช่ (N=๒๔๕)	ไม่ใช่ (N=๗)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๘	๓.๘๔	๐.๙๕	๐.๓๔
๒	ด้านสังคม	๓.๕๐	๓.๙๔	๑.๙๘	๐.๐๕*
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๖	๔.๑๓	๒.๙๙	๐.๐๑**
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๕๑	๓.๙๓	๑.๙๔	๐.๐๕*
	โดยรวม	๓.๕๙	๓.๙๖	๒.๖๐	๐.๐๑**

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๒ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับการเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ สูงกว่ากลุ่มที่เริ่มรับการรักษาตั้งแต่ตรวจพบ ค่าเฉลี่ย =๓.๙๖, ๓.๕๙ ตามลำดับ

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ จากการเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ด้านกาย ไม่พบความแตกต่าง ส่วนด้านสังคมและด้านรู้คิด (ปัญญา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ด้านจิตใจและโดยรวมพบว่ามีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตาราง ๔.๒๓ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน(เดือน) ($\overline{X}$)				F	p-value
		๑ หรือต่ำกว่า (N=๘๕)	๒ (N=๑๐๓	๓ (N=๕๔)	> ๓ (N=๑๐)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๑	๓.๖๓	๓.๗๖	๓.๕๖	๑.๒๔	๐.๓๐
๒	ด้านสังคม	๓.๔๐	๓.๕๗	๓.๖๓	๓.๓๘	๒.๒๒	๐.๐๙
๓	ด้านจิตใจ	๓.๕๗	๓.๗๐	๓.๘๐	๓.๕๗	๓.๘๓	๐.๐๑*
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๓.๔๑	๓.๕๘	๓.๖๒	๓.๓๙	๒.๒๙	๐.๐๘
โดยรวม		๓.๕๒	๓.๖๒	๓.๗๐	๓.๔๘	๓.๐๖	๐.๐๓*

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๓ พบว่าสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ แพทย์นัดมาตรวจ ๓ เดือน ๒ เดือน ๑ เดือนหรือต่ำกว่า มากกว่า ๓ เดือน ($\overline{X}$ = ๓.๗๐, ๓.๖๒, ๓.๕๒, ๓.๔๘)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆจากระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ด้านกาย ด้านสังคม และด้านรู้คิด(ปัญญา) ไม่พบความแตกต่าง ส่วนด้านจิตใจพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยรวมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<๐.๐๕

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆจำแนกตามตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๒๐ ดังนี้

ตาราง ๔.๒๔ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑. ๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๓.๗๑	-	๐.๒๘	๐.๔๙	๐.๓๓
		๒. ๒ เดือน	๓.๖๓	-	-	๐.๑๐	๐.๖๑
		๓. ๓ เดือน	๓.๗๖			-	๐.๒๐
		๔. มากกว่า ๓ เดือน	๓.๕๖				-
๒	ด้านสังคม	๑. ๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๓.๔๐	-	๐.๐๖	๐.๐๓*	๐.๙๒
		๒. ๒ เดือน	๓.๕๗		-	๐.๕๓	๐.๓๔
		๓. ๓ เดือน	๓.๖๓			-	๐.๒๒
		๔. มากกว่า ๓ เดือน	๓.๓๘				-
๓	ด้านจิตใจ	๑. ๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๓.๕๗	-	๐.๐๔	๐.๐๑	๐.๙๙
		๒. ๒ เดือน	๓.๗๐		-	๐.๑๕	๐.๓๓
		๓. ๓ เดือน	๓.๘๐			-	๐.๑๑
		๔. มากกว่า๓ เดือน	๓.๕๗				-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑. ๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๓.๔๑	-	๐.๐๔*	๐.๐๓*	๐.๙๓
		๒. ๒ เดือน	๓.๕๘		-	๐.๖๖	๐.๓๑
		๓. ๓ เดือน	๓.๖๒			-	๐.๒๔
		๔. มากกว่า ๓ เดือน	๓.๓๙				-
	โดยรวม	๑. ๑ เดือนหรือต่ำกว่า	๓.๕๒	-	๐.๐๗	๐.๐๑*	๐.๗๑
		๒. ๒ เดือน	๓.๖๒		-	๐.๒๐	๐.๒๔
		๓. ๓ เดือน	๓.๗๐			-	๐.๐๘
		๔. มากกว่า ๓ เดือน	๓.๔๘				

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๔ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆจากระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ด้านกายและด้านจิตใจ

เปรียบเทียบระหว่างเวลานัด ๑ เดือนหรือต่ำกว่า ๒ เดือน๓ เดือน มากกว่า ๓ เดือน ไม่พบความแตกต่าง ด้านสังคมเปรียบเทียบระหว่างแพทย์นัด ๑ เดือนหรือต่ำกว่า กับนัด ๓ เดือน พบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ ซึ่งเหมือนกับด้านรู้คิด (ปัญญา)เปรียบเทียบระหว่างแพทย์นัด ๑ เดือนหรือต่ำกว่า กับนัด ๒ เดือน และ ๓ เดือน พบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และโดยภาพรวมพบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมองค์รวมแนวพุทธเปรียบเทียบระหว่างแพทย์นัด ๑ เดือนหรือต่ำกว่า กับแพทย์นัด ๓ เดือน พบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตาราง ๔.๒๕ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วยการทดสอบ f– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	การนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ($\overline{X}$)			F	p-value
		ไม่เคย (N=๑๘๑)	๑-๓ ครั้ง (N=๕๙)	>๓ ครั้ง (N=๑๒)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๐	๓.๖๓	๓.๕๗	๑.๐๗	๐.๓๕
๒	ด้านสังคม	๓.๕๐	๓.๕๒	๓.๖๘	๐.๕๕	๐.๕๘
๓	ด้านจิตใจ	๓.๗๐	๓.๖๓	๓.๕๕	๑.๓๒	๐.๓๒
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๕๒	๓.๔๘	๓.๗๓	๐.๙๐	๐.๔๑
โดยรวม		๓.๖๑	๓.๕๗	๓.๖๓	๐.๓๐	๐.๗๔

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๕ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ นอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากกว่า ๓ ครั้ง ไม่เคย นอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ๑-๓ ครั้ง ($\overline{X}$ = ๓.๖๓, ๓.๖๑, ๓.๕๗)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆจากการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในไม่เป็นปัจจัยต่อระดับสุขภาวะองค์รวม

ตาราง ๔.๒๖ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆจำแนกตามวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($\overline{X}$)				F	p-value
		ควบคุมอาหาร (N=๗๓)	ยาแผนปัจจุบัน(N=๑๖๒)	อินซูลิน (N=๑๔)	อื่น ๆ (N=๓)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๘	๓.๖๙	๓.๕๑	๔.๐๓	๑.๒๖	๐.๒๘
๒	ด้านสังคม	๓.๗๙	๓.๓๗	๓.๖๑	๔.๑๓	๑๑.๑๒	๐.๐๐*
๓	ด้านจิตใจ	๓.๙๐	๓.๕๗	๓.๖๙	๓.๙๗	๑๒.๖๗	๐.๐๐*
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๓.๗๗	๓.๔๐	๓.๕๘	๓.๙๗	๘.๖๘	๐.๐๐*
โดยรวม		๓.๗๙	๓.๕๑	๓.๖๐	๔.๐๒	๑๑.๗๗	๐.๐๐*

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๖ พบว่าระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในแต่ละกลุ่ม จัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น ฉีดอินซูลิน ควบคุมอาหาร รับประทานยาแผนปัจจุบัน ($\overline{X}$ = ๔.๐๒, ๓.๗๙, ๓.๖๐, ๓.๕๑)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆจากวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ด้านกายวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกันระดับสุขภาวะองค์รวมไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านรู้คิด(ปัญญา)และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามตามวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ๔ ด้าน เป็นรายคู่โดยวิธี LSD ผลการเปรียบเทียบแสดงในตาราง ๔.๒๓ ดังนี้

ตาราง ๔.๒๗ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	$\overline{X}$	Significant			
				๑	๒	๓	๔
๑	ด้านกาย	๑. ควบคุมอาหาร	๓.๖๘	-	๐.๙๔	๐.๑๙	๐.๑๙
		๒. ยาแผนปัจจุบัน	๓.๖๙		-	๐.๑๖	๐.๑๙
		๓. อินซูลิน	๓.๕๑			-	๐.๐๗
		๔. อื่นๆ	๔.๐๓				-
๒	ด้านสังคม	๑. ควบคุมอาหาร	๓.๗๙	-	๐.๐๐**	๐.๒๗	๐.๒๙
		๒. ยาแผนปัจจุบัน	๓.๓๗		-	๐.๑๒	๐.๐๒*
		๓. อินซูลิน	๓.๖๑			-	๐.๑๓
		๔. อื่นๆ	๔.๑๓				-
๓	ด้านจิตใจ	๑. ควบคุมอาหาร	๓.๙๐	-	๐.๐๐**	๐.๐๖	๐.๗๖
		๒. ยาแผนปัจจุบัน	๓.๕๗		-	๐.๒๘	๐.๐๘
		๓. อินซูลิน	๓.๖๙			-	๐.๒๖
		๔. อื่นๆ	๓.๙๗				-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑. ควบคุมอาหาร	๓.๗๗	-	๐.๐๐**	๐.๒๓	๐.๕๔
		๒. ยาแผนปัจจุบัน	๓.๔๐		-	๐.๒๓	๐.๐๗
		๓. อินซูลิน	๓.๕๘			-	๐.๒๖
		๔. อื่นๆ	๓.๙๗				-
	โดยรวม	๑. ควบคุมอาหาร	๓.๗๙	-	๐.๐๐**	๐.๐๗	๐.๒๕
		๒. ยาแผนปัจจุบัน	๓.๕๐		-	๐.๓๕	๐.๐๑**
		๓. อินซูลิน	๓.๖๐			-	๐.๐๖
		๔. อื่นๆ	๔.๐๒				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตาราง ๔.๒๗ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการดูแลสุขภาพจากวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านกายเปรียบเทียบระหว่างการควบคุมอาหาร รับประทานยาแผนปัจจุบัน ฉีดอินซูลิน วิธีอื่นๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างทาง

นัยสำคัญทางสถิติ ด้านสังคมพบความแตกต่างของการเปรียบเทียบระหว่างการควบคุมอาหารกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐ การรับประทานยาแผนปัจจุบันเปรียบเทียบกับการใช้วิธีอื่นๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่< ๐.๐๕ ด้านจิตใจพบความแตกต่างของการเปรียบเทียบระหว่างการควบคุมอาหารกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐ ด้านรู้คิดพบความแตกต่างของการเปรียบเทียบระหว่างการควบคุมอาหารกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐ และโดยรวมพบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจากวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหารเปรียบเทียบกับการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๑ การรับประทานยาแผนปัจจุบันเปรียบเทียบกับการใช้วิธีอื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๒๘ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ t – test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($\overline{X}$)		t	p-value
		มี (N=๑๙๘)	ไม่มี (N=๔)		
๑	ด้านกาย	๓.๖๕	๓.๘๑	๒.๔๐	๐.๐๒*
๒	ด้านสังคม	๓.๔๐	๓.๙๔	๖.๕๗	๐.๐๐**
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๑	๓.๙๒	๕.๑๒	๐.๐๐**
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๔๒	๓.๙๐	๕.๘๒	๐.๐๐**
	โดยรวม	๓.๕๒	๓.๘๙	๗.๐๓	๐.๐๐**

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๘ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆจำแนกตามอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ระดับสุขภาวะองค์รวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก และโดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย =๓.๘๙, ๓.๕๒ ตามลำดับ

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จากการ

อาการแทรกซ้อนจากเป็นโรคเบาหวาน ด้านกายพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ ด้านสังคม จิตใจ ปัญญาและโดยรวมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตาราง ๔.๒๙ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆจำแนกตามระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	ระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($\overline{X}$)			F	p-value
		ไม่รุนแรง (N=๒๒๑)	ปานกลาง (N= ๒๖)	รุนแรง (N=๕)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๐	๓.๖๒	๓.๒๔	๒.๘๖	๐.๐๖
๒	ด้านสังคม	๓.๔๘	๓.๗๖	๓.๖๔	๒.๗๓	๐.๐๗
๓	ด้านจิตใจ	๓.๖๗	๓.๗๗	๓.๕๔	๑.๐๕	๐.๓๕
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๔๘	๓.๗๘	๓.๙๔	๔.๖๖	๐.๐๑**
โดยรวม		๓.๕๘	๓.๗๓	๓.๕๙	๑.๘๔	๐.๑๖

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๙ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆจำแนกตามระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้านกายมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับปานกลางถึงมาก จัดลำดับการรับรู้จากมากไปน้อย ดังนี้ ไม่รุนแรง ปานกลาง รุนแรง ($\overline{X}$ = ๓.๗๐, ๓.๖๒, ๓.๒๔) ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก จัดลำดับการรับรู้จากมากไปน้อย ดังนี้ ปานกลาง รุนแรง ไม่รุนแรง ($\overline{X}$ = ๓.๗๖, ๓.๖๔, ๓.๔๘) ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก จัดลำดับการรับรู้จากมากไปน้อย ดังนี้ ปานกลาง ไม่รุนแรง รุนแรง ($\overline{X}$ = ๓.๗๗, ๓.๖๗, ๓.๕๔) ด้านรู้คิด(ปัญญา) มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก จัดลำดับการรับรู้จากมากไปน้อย ดังนี้ รุนแรง ปานกลาง ไม่รุนแรง ($\overline{X}$ = ๓.๙๔, ๓.๗๓, ๓.๔๘) โดยภาพรวมระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจำแนกตามระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก จัดลำดับการรับรู้จากมากไปน้อย ดังนี้ ปานกลาง รุนแรง ไม่รุนแรง ($\overline{X}$ = ๓.๗๓, ๓.๕๙, ๓.๕๘)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จากระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าด้านรู้คิด (ปัญญา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง ๔.๓๐ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ จำแนกอาการแทรกซ้อน

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	อาการแทรกซ้อน	$\overline{X}$	Significant		
				๑	๒	๓
๑	ด้านกาย	๑. ไม่รุนแรง	๓.๗๐	-	๐.๔๑	๐.๒๓
		๒. ปานกลาง	๓.๖๒		-	๐.๘๐
		๓. รุนแรง	๓.๒๔			-
๒	ด้านสังคม	๑. ไม่รุนแรง	๓.๔๘	-	๐.๐๓	๐.๕๕
		๒. ปานกลาง	๓.๗๖		-	๐.๖๘
		๓. รุนแรง	๓.๖๔			-
๓	ด้านจิตใจ	๑. ไม่รุนแรง	๓.๖๗	-	๐.๒๑	๐.๕๐
		๒. ปานกลาง	๓.๗๗		-	๐.๕๕
		๓. รุนแรง	๓.๕๔			-
๔	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑. ไม่รุนแรง	๓.๔๘	-	๐.๐๒*	๐.๐๗
		๒. ปานกลาง	๓.๗๘		-	๐.๐๒*
		๓. รุนแรง	๓.๙๔			-
	โดยรวม	๑. ไม่รุนแรง	๓.๕๘	-	๐.๐๖	๐.๙๗
		๒. ปานกลาง	๓.๗๓		-	๐.๔๔
		๓. รุนแรง	๓.๕๙			-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ตาราง ๔.๓๐ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จากอาการแทรกซ้อน พบว่าด้านกาย ด้านสังคมและด้านจิตใจ ไม่แตกต่างกัน ด้านรู้คิด(ปัญญา) พบความแตกต่างระหว่างอาการขั้นไม่รุนแรงเปรียบเทียบกับอาการขั้นปานกลาง และอาการขั้นปานกลางเปรียบเทียบกับอาการขั้นรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๕

ตาราง ๔.๓๑ แสดงค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่า p – value ในการทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆจำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ ด้วยการทดสอบ F– test

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่นนอกจากคำสั่งแพทย์ ($\overline{X}$)			F	p-value
		รับประทานยาสมุนไพร (N= ๔๕)	ซื้อยากินเอง (N=๑๙)	อื่นๆ (N=๑๘๘)		
๑	ด้านกาย	๓.๗๐	๓.๘๗	๓.๖๖	๑.๙๐	๐.๑๕
๒	ด้านสังคม	๓.๗๘	๓.๔๑	๓.๔๖	๕.๘๖	๐.๐๑**
๓	ด้านจิตใจ	๓.๘๒	๓.๘๔	๓.๖๒	๕.๗๐	๐.๐๑**
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)	๓.๘๒	๓.๔๖	๓.๔๖	๘.๐๐	๐.๐๐**
โดยภาพรวม		๓.๗๘	๓.๖๕	๓.๕๕	๗.๐๔	๐.๐๑**

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตาราง ๔.๓๑ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ โดยภาพรวมทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ในระดับมาก ซึ่งสามารถเรียงลำดับโดยภาพรวมในจัดลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ รับประทานยาสมุนไพร ซื้อยากินเอง วิธีอื่นๆตามลำดับ ($\overline{X}$ = ๓.๗๘, ๓.๖๕, ๓.๕๘ และ ๓.๕๕)

ผลการทดสอบ F-test ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ พบว่า ด้านกายไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านรู้คิด (ปัญญา)แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

ตาราง ๔.๓๒ แสดงค่าการวิเคราะห์ ด้วยวิธี LSD ของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ จำแนกตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ นอกจากคำสั่งแพทย์

ที่	สุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์	$\overline{X}$	Significant		
				๑	๒	๓
๑.	ด้านกาย	๑.สมุนไพร	๓.๗๐	-	๐.๑๖	๐.๖๑
		๒.ซื้อยากินเอง	๓.๘๗		-	๐.๐๖
		๓.อื่นๆ	๓.๖๖			-
๒.	ด้านสังคม	๑.สมุนไพร	๓.๗๘	-	๐.๐๒*	๐.๐๑**
		๒.ซื้อยากินเอง	๓.๔๑		-	๐.๗๑
		๓.อื่นๆ	๓.๔๗			-
๓.	ด้านจิตใจ	๑.สมุนไพร	๓.๘๒	-	๐.๘๑	๐.๐๑**
		๒.ซื้อยากินเอง	๓.๘๔		-	๐.๐๒*
		๓.อื่นๆ	๓.๖๒			-
๔.	ด้านรู้คิด (ปัญญา)	๑.สมุนไพร	๓.๘๒	-	๐.๐๒*	๐.๐๐**
		๒.ซื้อยากินเอง	๓.๔๖		-	๐.๙๖
		๓.อื่นๆ	๓.๔๖			-
โดยรวม		๑.สมุนไพร	๓.๗๘	-	๐.๑๙	๐.๐๐**
		๒.ซื้อยากินเอง	๓.๖๕		-	๐.๒๘
		๓.อื่นๆ	๓.๕๕			-

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตาราง ๔.๓๒ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ ด้านกาย เปรียบเทียบระหว่างการรับประทานยาสมุนไพรกับการซื้อยากินเอง และวิธีอื่นๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสังคมเปรียบเทียบระหว่างการรับประทานยาสมุนไพรกับการซื้อยากินเอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ เปรียบเทียบระหว่างการรับประทานยาสมุนไพรกับวิธีอื่นๆ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านจิตใจ เปรียบเทียบระหว่างการรับประทานยาสมุนไพรกับวิธีอื่นๆ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ เปรียบเทียบระหว่างการซื้อยากินเองกับวิธีอื่นๆ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ ด้านรู้คิด(ปัญญา)

เปรียบเทียบระหว่าง การรับประทานยาสมุนไพรกับการซื้อยากินเอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ เปรียบเทียบระหว่างการซื้อยากินเองกับวิธีอื่นๆและโดยรวมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ตารางที่ ๔.๕ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่าง ๆ

ตารางที่ ๔.๓๓ แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านรู้คิด(ปัญญา)

ที่	**สุขภาวะองค์รวม ด้านต่าง ๆ**	**๑**	**๒**	**๓**	**๔**	**รวม**
๑	ด้านกาย		.๒๐๓**	.๑๕๗*	.๐๒๒	.๔๒๗**
๒	ด้านสังคม			.๖๕๘**	.๗๒๘**	.๘๙๙**
๓	ด้านจิตใจ				.๕๘๗**	.๗๙๕**
๔	ด้านรู้คิด(ปัญญา)					.๘๒๓**

* หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** หมายถึง มีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตาราง ๔.๓๓ พบว่าพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านกายและด้านสังคม, ด้านกายและโดยรวมทุกด้าน, ด้านสังคมและด้านจิตใจ, ด้านสังคมและด้านรู้คิด(ปัญญา), ด้านสังคมและโดยรวมทุกด้าน, ด้านจิตใจและด้านรู้คิด(ปัญญา), ด้านจิตใจและโดยรวมทุกด้าน, ด้านรู้คิด(ปัญญา)และโดยรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกายและด้านจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ส่วนพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกายและด้านจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่องสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ ๑) ศึกษาระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี ๒) ศึกษาความแตกต่างในระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน และตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน เคยนอนพักรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวาน จำนวนครั้งนอนพักรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวาน วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความรุนแรงอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และวิธีอื่นที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ๓) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลสภาวะการเป็นโรคเบาหวานและแบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาวะองค์รวมแบบพุทธสถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบความแตกต่างในระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะด้านต่างๆ ด้วยค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) ตามด้วย One Way ANOVA

ในบทนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้และเพื่อการวิจัยครั้งต่อไปตามลำดับดังนี้

๑) สรุปผลการวิจัย

๒) อภิปรายผลการวิจัย

๓) ข้อเสนอแนะการวิจัย

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๙ มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๔๒.๑) น้ำหนัก ๖๑–๗๐ กก. (ร้อยละ ๓๖.๑) ส่วนสูง ระหว่าง ๑๕๑-๑๖๐ ซม. (ร้อยละ ๕๘.๗๐) สถานภาพการสมรสคู่ (ร้อยละ ๗๗.๐) มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย (ร้อยละ ๔๓.๓) มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า (ร้อยละ ๗๓.๐) มีด้านรายได้ต่อเดือนระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๔๙.๒)

๕.๑.๒ สภาวะการเป็นเบาหวาน

พบว่ากลุ่มสภาวะการเป็นเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถีส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ๕-๑๐ ปี(ร้อยละ ๓๖.๕) เริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ ๙๗.๒) ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน ๒ เดือน (ร้อยละ ๔๐.๙) ไม่เคยนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ ๗๑.๘) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดรับประทานยาแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ ๖๔.๓) มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ ๗๘.๖) เป็นอาการขั้นไม่รุนแรง (ร้อยละ ๗๘.๖)

๕.๑.๓ ระดับระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

ด้านกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อมีจำนวนที่พอเหมาะ

ด้านสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธอยู่ในระดับมาก ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างดี และช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้อื่นตามโอกาสอย่างเต็มใจ

ด้านจิตใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธอยู่ในระดับมาก มีความสุขที่ได้ทำบุญและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือหรือแนะนำผู้อื่นให้ทำสิ่งที่ดีงาม

ด้านปัญญา(รู้คิด) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธอยู่ในระดับมาก เข้าใจว่าไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอนและคิดว่าการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวกับธรรมชาติ จะทำให้พบกับความสุขที่แท้จริง

๕.๑.๔ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

เพศ : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ ต่างกัน ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <๐.๐๕

อายุ : พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี อายุ ๔๑-๕๐ ปี อายุ ๕๑-๖๐ ปีและอายุ ๖๑ ปีขึ้นไปต่างกัน มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑

น้ำหนัก : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนัก น้ำหนักต่ำกว่า ๕๐ กก. น้ำหนัก ๕๑-๖๐ กก. น้ำหนัก ๖๑-๗๐ กก.และน้ำหนัก ๗๑ กก.มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธไม่แตกต่างกัน

ส่วนสูง : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสูง ต่ำกว่า ๑๕๐ ซม. สูง ๑๕๑-๑๖๐ ซม. สูง ๑๖๑-๑๗๐ ซม. และสูงมากกว่า ๑๗๐ ซม. ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส โสด หย่า ด้านจิตใจระหว่างคนโสดเปรียบเทียบกับสมรส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยรวมระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธไม่แตกต่างกัน

อาชีพ : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพกลุ่ม ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย พนักงานบริษัท / รับจ้าง และกลุ่มอาชีพอื่นๆ พบว่า ด้านกายระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแต่ละกลุ่มอาชีพ มีไม่แตกต่างกัน ด้านจิตใจระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแต่ละกลุ่มอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ ด้านสังคม ด้านปัญญา(รู้คิด) และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

ระดับการศึกษา : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุดสูงมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงกว่าปริญญาตรี ระดับการศึกษาต่างกันระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านกายไม่แตกต่างกัน ด้านปัญญา (รู้คิด) ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๑

รายได้ต่อเดือน : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน รายได้ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท รายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท รายได้ระหว่าง ๑๕,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท และรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทตามลำดับ ความแตกต่างของรายได้ต่อเดือน ไม่มีผลต่อระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านกาย ส่วนด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญา (รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน : พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่า ๕ ปี มากกว่า ๑๐ ปี ระหว่าง ๕-๑๐ ปี ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ จากระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคเบาหวาน ด้านกายพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีผลต่อระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆแตกต่างกันมีนัยสำคัญในสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ โดยรวมไม่แตกต่างกัน

การเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน : พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวานเปรียบเทียบกับไม่รับการรักษาตั้งแต่ตรวจพบโรคเบาหวาน ด้านกาย ไม่พบความแตกต่างของระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม ส่วนด้านสังคมและด้านรู้คิด (ปัญญา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ด้านจิตใจและโดยรวม พบว่ามีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน : พบว่าแพทย์มาตรวจ๑ เดือนหรือต่ำกว่า นัด ๒ เดือน นัด ๓ เดือน มากกว่า ๓ สุขภาวะด้านกาย ด้านสังคม และด้านรู้คิด (ปัญญา) ไม่พบความแตกต่าง ส่วนด้านจิตใจระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<๐.๐๕

การนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล : พบว่าการนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในไม่เป็นปัจจัยต่อระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม

วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : พบว่ากลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีควบคุมอาหาร รับประทานยาแผนปัจจุบัน ฉีดอินซูลิน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น ด้านกายวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกัน ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญา(รู้คิด)และโดยภาพรวมวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน : พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแทรกซ้อนจากเป็นโรคเบาหวานและไม่มีอาการแทรกซ้อน ด้านกายพบระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ ด้านสังคม จิตใจ ปัญญา(รู้คิด)และโดยรวมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

ระดับอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน : พบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม ด้านปัญญา(รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยรวมไม่แตกต่างกัน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์ : พบว่า ด้านกาย รับประทานยาสมุนไพร ซื้อยากินเอง วิธีอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ และ

โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านปัญญา(รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย

๕.๒.๑ ข้อมูลทั่วไป

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๑.๙ ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๔๒.๑ น้ำหนัก ๖๑–๗๐ กก. ร้อยละ ๓๖.๑ ส่วนสูง ระหว่าง ๑๕๑-๑๖๐ ซม.ร้อยละ ๕๘.๗๐ สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ ๗๗.๐ มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย ร้อยละ ๔๓.๓ มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ ๗๓.๐ มีด้านรายได้ต่อเดือน ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๙.๒

จากข้อมูลทั่วไปที่พบนี้ น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเป็นเพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารมาก และการออกกำลังกายน้อย ซึ่งเหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ **อัจฉริยา บุญยะคงรัตน์**[๑] ได้ศึกษาผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่ม มีผลการวิจัยสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าผู้ชาย และอายุมากสอดคล้องกับงานวิจัยของ**จันทิมา โดษะนันท์**[๒] ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๒๐ คน เป็นชาย ๑๒๒ คน และหญิง ๑๙๘ คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

---

[๑] อัจฉริยา บุญยะคง, ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ, **รายงานการวิจัย,** (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้าบทคัดย่อ.

[๒] จันทิมา โดษะนันท์, การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี, **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๔), หน้าบทคัดย่อ.

ส่วนข้อมูลทั่วไปนอกจากนี้ **อายุ** ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะอยู่ในวัยผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับ **เบญจมาศ ไตรบรรณ์** [๓] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน ๕๖ คน ในเรื่อง **น้ำหนักผู้ป่วยโรคเบาหวาน**ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมาก เพราะไม่มีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมตนเอง ในขณะเดียวกันใน**เรื่องส่วนสูง** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีภาวะโภชนาการเกิน และระดับไขมันในเลือดสูงมากจะทำให้ร่างกายพัฒนาช้ากว่าปกติจึงทำให้มีปัญหาในด้านความสูง ซึ่งสอดคล้องกับ **ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง**[๔] ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแม่สะเรียงจำนวน ๓๐ ราย ผลการศึกษาพบว่าการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อดูแลตนเองทางด้านน้ำหนักมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) สำหรับใน**ด้านสถานภาพการสมรส** การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอาจมีผลผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเอง จึงต้องมีคู่ชีวิตคอยให้การช่วยเหลือรวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย มีการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า และมีด้านรายได้ต่อเดือนระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท

---

[๓] เบญจมาศ ไตรบรรณ์, ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.**, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๓), หน้า ๗๐-๗๑.

[๔] ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, ผลการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม**., (เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๒), หน้า ๖๒-๖๕.

๕.๒.๒ ระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

จากผลการวิจัยพบว่า สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถีจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา(รู้คิด)ในระดับมาก อภิปรายผลได้ดังนี้

สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถีจำแนกรายข้อทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา(รู้คิด) ในระดับมาก การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น เช่น การควบคุมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย การออกกำลังกาย โดยใช้ท่าบริหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวโดยการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เป็นการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ**ศิริพร ปาระมะ**[๕] ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๕๐ คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ไม่สอดคล้องกับ**ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์**[๖] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธสำหรับคนไทย จากแนวคิดภาวนา ๔ ซึ่งพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) ได้จัดทำกรอบเนื้อหาให้เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๖ เพื่อสำรวจภาวะที่สุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา(รู้คิด) เมื่อนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ๑) กลุ่มผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก ๒๑๐ คน และ ๒) กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ๑๒๑ คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร พบว่าแต่ละกลุ่ม

---

[๕] ศิริพร ปาระมะ, ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ศษ.ม.,** (จิตวิทยาการศึกษาและ การแนะแนว), เ(ชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕), หน้าบทคัดย่อ.

[๖] ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข วัดญาณเวศกวัน อำเภอสามพราน นครปฐม, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๖), หน้า บทคัดย่อ.

ได้คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะองค์รวม ๓.๓๓ และ ๓.๓๔ ตามลำดับ กล่าวคือ สามารถปฏิบัติได้ระดับพอประมาณ (๕๐ % ของสถานการณ์)

๕.๒.๓ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี เพศ ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านปัญญา(รู้คิด)และโดยภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลราชวิถีมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการให้ความรู้ การแจกเอกสารสุขภาพ การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและมีการรับรู้ประโยชน์ในการที่จะต้องพึ่งพาตนเอง เพื่อนำประโยชน์ในไปดูแลตนเองในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ**กรรณิกา ลองจำนงค์** [๗] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ จำนวน ๑๙๐ ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < ๐.๐๑ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < ๐.๐๑

อายุ : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี อายุต่างกัน มีการดูแลสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา(รู้คิด) โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑ ส่วนด้านกาย อายุต่างกันมีการดูแลสุขภาพไม่ต่างกัน อาจเป็นเพราะในวัยสูงอายุ จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และการมีภาวะเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ

---

[๗] กรรณิกา ลองจำนงค์, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม, **การศึกษาค้นคว้าอิสระ,** (ส.ม.มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๗), หน้าบทคัดย่อ.

ผลการวิจัยของ **วรรณา สามารถและคณะ**[๗] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับน้ำตาลในเลือดพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำอาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลงบ้างเนื่องจากภาวะเข้มงวดของการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กลุ่ม ๓ และกลุ่ม๔) จะด้อยที่สุดอันเป็นผลจากโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านร่างกายต่ำสุด ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน จึงไม่ควรควบคุมเพียงระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ควรให้เกิดความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

น้ำหนัก : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี น้ำหนักต่างกัน มีการดูแลสุขภาพ รายด้านทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา(รู้คิด) ไม่แตกต่างกัน เป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมตนเองในเรื่องการสังเกตติดตามอาการและพฤติกรรมตนเอง การตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหาในภาวะที่ต้องควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจำแนกตามน้ำหนักไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ**รพีพร เพ็งจันทร์**[๘] ได้ศึกษาการส่งเสริมการควบคุมตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมตนเองในเรื่องการสังเกตติดตามอาการและพฤติกรรมตนเอง การตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหาในภาวะที่ต้องควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น

ส่วนสูง : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี ส่วนสูงต่างกัน มีการดูแลสุขภาพ รายด้านทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา(รู้คิด)ไม่แตกต่างกัน ในผลสรุปนี้ อาจใช้ไม่ได้กับเด็ก เพราะเด็กจะมีการพัฒนาการทางด้านร่างกายไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะถึงวัยที่การพัฒนาการหยุดลง ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับ**ศักดา พรึงลำ**

---

[๗] วรรณา สามารถ และคณะ, **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับน้ำตาลในเลือด**, (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๕), หน้าบทคัดย่อ

[๘] รพีพร เพ็งจันทร์. การส่งเสริมการควบคุมตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ, **วิทยานิพนธ์ วท.ม**., (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๕), หน้า ๙๖-๑๐๔.

ภูและคณะ[๑๐] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการเกิน และระดับไขมันในเลือดของเด็กนักเรียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลายโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ เด็กอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเมตาบอลิก (เช่น เบาหวาน) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเร็วขึ้นกว่า เด็กไม่อ้วน ผลการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๓ (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ตัวแปรที่สามารถใช้ในการทำนายความเสี่ยงของไขมันในเลือด (Triglyceride) คือ อายุ เพศ น้ำหนักตัวเส้นรอบเอว ความสูงและ ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังที่ด้านหลังแขน

สถานภาพสมรส : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ด้านจิตใจมีพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <๐.๐๕ โดยรายด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านปัญญา(รู้คิด) และโดยรวม โดยรวมสถานภาพสมรส มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ**ชนม์ ฉายแม้น**[๑๑] ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ PCU สามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพและประหยัดการตรวจร่างกายโดยแพทย์การให้ความรู้ตามแผนการสอน การมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันก่อนพบแพทย์ การรับประทานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย การให้โอกาสผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ตลอดจนการเยี่ยมบ้าน สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงกับค่าปกติ และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เคยมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้พบเห็นหรือประสบมาในอดีตจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน อาจมีผลต่อระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย

อาชีพ : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญา(รู้คิด) และโดยรวมต่างกัน ส่วนด้านกายอาชีพต่างกันมี มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธไม่แตกต่าง

---

[๑๐] ศักดา พรึงลำภู และคณะ, ความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการเกินและระดับไขมันในเลือดของเด็กนักเรียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, **รายงานการวิจัย**, (กรุงเทพมหานคร : **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย**, ๒๕๕๐)), หน้าบทคัดย่อ.

[๑๑] ชนม์ ฉายแม้น, **รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ PCU สามขา อำเภอกุฉินารายณ์**,(จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์ : ม.ป.พ., ๒๕๔๗), หน้าบทคัดย่อ

กัน สอดคล้องกับงานวิจัย**สุกัญญดา หนูรักษ์**[๑๒] ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๓๙๐ คน ได้มาโดยการเลือกอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ระดับการศึกษาสูงสุด : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี ระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวม ด้านกายไม่แตกต่างกัน ด้านปัญญา (รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๑ เพราะระดับการศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสอดคล้องกับงานวิจัยของ**จันทร์ศิริ ดาวเรือง**[๑๓] ได้ศึกษาชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๑๖๗ คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้คือ คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

รายได้ต่อเดือน : จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน ด้านกายรายได้ต่อเดือนต่างกันมีระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ส่วนด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญา (รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

---

[๑๒] สุกัญญดา หนูรักษ์, พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬากรณ์, **ปริญญานิพนธ์ วท.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๔๖), หน้าบทคัดย่อ.

[๑๓] จันทร์ศิริ ดาวเรือง, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน, **วิทยานิพนธ์ พย.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๓๙), หน้าบทคัดย่อ.

ที่ระดับ ๐.๐๑ เพราะการที่เราป่วยบางครั้งอาจใช้เงินในการรักษาตัวเองสูง รายได้จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ**สุกัญญดา หนูรักษ์**[๑๔] ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยเบาหวานที่มี รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๕.๒.๔ ความแตกต่างในระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมจำแนกตามสภาวะการเป็นโรคเบาหวาน

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน : จากผลการวิจัยพบว่า มีการดูแลสุขภาพ ด้านกายมีการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < ๐.๐๕ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านรู้ปัญญา(รู้คิด) และโดยรวมไม่ต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานระยะแรกยังพร่องในการดูแลสุขภาพ เมื่อได้รับความรู้มากขึ้นทำให้การดูแลสุขภาพทำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ **แพทตี้ และคณะ**[๑๕] ได้ศึกษาการประเมินผลการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๘๗ ราย และ รายบุคคล จำนวน ๘๓ ราย วัดผลการศึกษาหลังจากทดลอง ๒ สัปดาห์ ๓ เดือน และ ๖ เดือนโดยวัดผลลัพธ์ในเรื่อง ความรู้ พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเอง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล HbA_1c คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทัศนคติของผู้ป่วย การใช้ยารักษา ผลการศึกษาพบว่า ทั้งการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มและรายบุคลให้ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน

การเริ่มรับการรักษาตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน : จากผลการวิจัยด้านสังคมและด้านปัญญา (รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ด้านจิตใจและโดยรวมพบว่ามีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ผู้ป่วยที่เริ่มรับการรักษาตั้งแต่เป็นโรคเบาหวานมีการดูแลสุขภาพด้านกายไม่ต่างจากไม่รักษาตั้งแต่แรก เนื่องจากผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองตามความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ สารคดีและบทความเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เมื่อผ่านไป

---

[๑๔] สุกัญญดา หนูรักษ์, พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬากรณ์, **ปริญญานิพนธ์ วท.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๔๖), หน้า ๗๒-๗๓.

[๑๕] Patti, L. Rickheim and others, **"Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education," The American Diabetes Association,** 25(2), February, 2002, pp. 269-274.

ช่วงเวลาหนึ่ง ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ดีขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จึงมารับการรักษา สอดคล้องกับ **กรรณิกา ลองจำนงค์**[๑๖] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระยะเวลาที่แพทย์นัดมาตรวจโรคเบาหวาน : จากผลการวิจัยพบว่า ด้านกาย ด้านสังคม และด้านปัญญา(รู้คิด) ไม่พบความแตกต่าง ส่วนด้านจิตใจพบพบว่ามีระดับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และโดยรวมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๕ การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีการวางแผน การจัดเวลา ลางาน เดินทาง ค่าใช้จ่าย ผลการตรวจและอื่นๆ อาจทำให้มีความกังวลใจ รอคอยจึงมีผลต่อด้านจิตใจและสุขภาวะโดยรวม สอดคล้องกับ **วัชรี ตริยาวธัญญ, นิภาพร นันทนิรันดร์**[๑๗]ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากได้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด จะทำให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนลงได้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

การนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล : จากผลการวิจัยพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคย นอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ๑-๓ ครั้ง นอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากกว่า ๓ ครั้ง การนอนพักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในไม่เป็นปัจจัยต่อระดับสุขภาวะองค์รวม สอดคล้องกับ **ศิริไท พฤกษะศรี**[๑๘] ได้ศึกษาพฤติกรรมการ

---

[๑๖] อ้างแล้ว

[๑๗] วัชรี ตริยาวธัญญ และนิภาพร นันทนิรันดร์, “**ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย,**”, (ขอนแก่นเวชสาร, ๒๘(๒), มกราคม-เมษายน, ๒๕๔๗), หน้า ๑๑๕-๑๑๙.

[๑๘] ศิริไท พฤกษะศรี , “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด” **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ,** (มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์) , ๒๕๔๕.บทคัดย่อ

[๑๙]สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, **พฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวการณ์ควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์,** (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๑), หน้าบทคัดย่อ.

ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดและปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน ๒๐๐ ราย เครื่องมือที่ใช้วิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .๐๕ ได้แก่ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แหล่งช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการข้างเคียงที่รุนแรง

วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน : จากผลการวิจัยพบว่า มีการดูแลสุขภาพต่างกัน พบว่าด้านกายวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกัน ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญา (รู้คิด) และโดยรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑ เนื่องจากทุกวิธีที่เลือกใช้ ส่งผลให้ควบคุมระดับในเลือดในระดับที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนด้านอื่นๆและโดยรวม วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่างกันมีความสะดวกในการใช้ต่างกัน เช่น การรับประทานยาเม็ดกับฉีดอินซูลิน การรับประทานยาสามารถหยิบมารับประทานได้สะดวก การฉีดอินซูลินสามารถฉีดได้เองหรือไม่ การทำความสะอาดมือก่อนทำการฉีดยา สถานที่ที่ลงมือจะฉีด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง สอดคล้องกับ **สมยศ ศรีจารนัย และคณะ**[๑๙]ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานไม่มากนักแต่อย่างไรก็ดีจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะให้การดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัดได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน : จากผลการวิจัยพบว่ามี / ไม่มีอาการแทรกซ้อนมีการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ด้านกายพบว่าระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< ๐.๐๕ ด้านสังคม จิตใจ ปัญญา(รู้คิด) และโดยรวมพบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑

สอดคล้องกับ **ประพิศ สามะศิริ, บุษบา หน่ายคอน และ มยุรี ชะม้ายกลาง**[๒๐] ได้ศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน : จากผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านปัญญา(รู้คิด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและโดยรวมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ **Takekoshi**[๒๑] ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลไซเซไก ประเทศญี่ปุ่น จำนวน ๑๐๓ คน ในระยะเวลา ๑๐ ปี พบว่า ดรรชนีความอ้วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่วิ่งเหยาะๆ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดิน อัตราความชุกของโรคของจอรับภาพตาเสื่อมในกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะๆ อัตราความชุกของโรคเส้นโลหิตแข็งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งเหยาะ ๆ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์: จากผลการวิจัยพบว่า ด้านกาย รับประทานยาสมุนไพร ซื้อยากินเอง วิธีอื่นๆ มีการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ด้านสังคม ด้านจิตใจ และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ด้านปัญญา(รู้คิด)แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๑ สอดคล้องกับ **ศศิธร เขมาภิรัตน์**[๒๒] ได้ศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษา พบว่าพระพุทธศาสนาแบ่งโรคเป็น ๒ ประเภท คือ โรคทางกาย และโรคทางใจ การแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมี ๒ แนวทางคือ (๑) การป้องกัน

---

[๒๐] ประพิศ สามะศิริ, บุษบา หน่ายคอน, และมยุรี ชม้ายกลาง, “การศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.”, ใน **บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี ๒๕๔๗**, กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ., ๒๕๔๗, หน้า ๑๗๗.

[๒๑] Takekoshi อ้างใน, โฉมยง เหลาโชติ, ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี, **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์),** (กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยามหิดล, ๒๕๓๗), หน้า ๕๙.

[๒๒] ศศิธร เขมาภิรัตน์ , “การศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๘, บทคัดย่อ.

พระพุทธองค์ทรงใช้หลักปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ (๒) การรักษา โรคทางกายรักษาได้ ๓ วิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การใช้ธรรมบำบัด การรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจมี ๓ วิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณ โทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบกัลยาณมิตร จากการเปรียบเทียบพบว่า พุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทยมีทั้งความเหมือนและความต่างกัน กล่าวคือความเหมือนกัน ได้แก่ แนวคิดที่เห็นว่า (๑) ร่างกายประกอบด้วยธาตุ ๔ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ (๒) ความไม่สมดุลของธาตุ ๔ ทำให้เกิดโรค (๓) โรค การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค (๔) การใช้สมุนไพรยา วิธีการสร้างภูมิคุ้มกัน

๕.๒.๕ ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวมด้านต่าง ๆ

จากผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวมด้านต่างๆ พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนคือ สุขภาวะองค์รวมด้านสังคมกับสุขภาวะองค์รวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ซึ่งอาจจะเป็นได้ว่าในสังคมไทยผู้ป่วยมักจะให้ความสำคัญต่อการเอาใจใส่ดูแลของผู้ใกล้ชิดและแพทย์มากกว่าที่จะศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย หรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล จึงมีผลต่อสุขภาวะโดยรวม

อีกประการหนึ่งในสังคมไทยแม้ว่าจะมีอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค ซึ่งอาจจำเป็นต้องบริหารเพื่อแยกเรื่องการรับประทานอาหารหรือการดำรงชีพโดยทั่วไป แต่ในสังคมไทย ครอบครัวไทยทั้งผู้ป่วยและคนปกติมักรับประทานอาหารในลักษณะเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางกายกับสุขภาวะทางด้านปัญญา(รู้คิด)ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมากและไม่อยู่ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเหตุผลเช่นเดียวกับกรณีสุขภาวะทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสุขภาวะองค์รวมทุกด้าน ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้ามกัน อาจเป็นได้ว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะหรือมีปัญหาสุขภาวะทางกายน้อยกว่า ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะด้านการปัญญา(รู้คิด) ในทางพุทธศาสนาเรียกว่าอยู่ในความประมาท หรือในสำนวนไทยที่ว่า "ภัยไม่มาปัญญาไม่เกิด” และอีกประการหนึ่งแนวโน้มด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีความเจริญทางสังคมและเศรษฐกิจ ประชาชนมักให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากกว่ารอพึ่งพิงความรู้แลความพยายามของแพทย์ พยาบาล ฝ่ายเดียว

ในสังคมไทยแนวโน้มกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้น

ของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจ และระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมการเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติ ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย สปา ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่าง ๆ ที่แพร่หลายขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

แนวคิดสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) ได้รับการนำมาใช้ในสังคมไทย เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ คือ การดำเนินการเพื่อให้ได้ระบบสุขภาพที่เน้น “สร้างนำซ่อม” บนแนวคิดของสุขภาพพอเพียงเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของคนไทยใน ๔ มิติ คือทางกาย ใจ สังคม และปัญญา (รู้คิด) รวมไปถึงมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ต่างจากเดิมที่จำกัดเพียงมิติทางกายและใจ การเสริมสร้างสุขภาพตามแนวทางดังกล่าวถือได้ว่าประสบความสำเร็จและก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ผสานเข้ากับภาคประชาชนได้อย่างสอดคล้องและสมดุล

ความสัมพันธ์ที่โดดเด่นอีกคู่หนึ่งคือ ผู้ป่วยมีสุขภาวะด้านการปัญญา(รู้คิด) มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น เผชิญปัญหาและแก้ปัญหาด้วยเหตุผล ตรวจสอบให้ถ่องแท้ก่อนเชื่อ การใช้ชีวิตอยู่คนเดียวกับธรรมชาติทำให้พบความสุขที่แท้จริง เข้าใจว่าไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอน มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะโดยรวมซึ่งสอดคล้องกับหลักทางพุทธศาสนาที่ได้ชื่อว่าเป็นศาสนาแห่งปัญญา หรือเน้นสุขภาวะทางด้านปัญญา(รู้คิด) คือ การเข้าใจความจริงตามความเป็นจริง เข้าใจธรรมชาติของโรค สาเหตุของโรค ทางที่จะนำไปสู่การหลุดพ้นจากโรคหรือที่เรียกว่ามรรคมีองค์แปด หรือหลักธรรมอื่นๆ ก็มีปัญญาเป็นแกนกลาง ผู้ที่มีสุขภาวะทางปัญญาสูงย่อมมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านกาย ด้านสังคม ด้นจิตใจและโดยรวมสูง ผลของงานวิจัยชิ้นนี้พบอย่างชัดเจนว่าสุขภาวะด้านปัญญา(รู้คิด) มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะโดยรวม ดังนั้น ผู้ดูแลและรับผิดชอบเรื่องสุขภาวะควรให้ความสำคัญต่อการสร้างภูมิปัญญาและการรู้คิด ไม่ใช่เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้น แต่หมายถึงการดูแลสุขภาพและการเยียวยาบำบัดในโรคอื่นๆด้วย หรือแม้แต่การดูแลบำบัดปรับเปลี่ยนและพัฒนาเกี่ยวข้องกับปัญหาต่างๆ ทั้งในด้านสังคม จิตใจ การบริหารการปกครอง

พบว่าพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมด้านกายและด้านสังคม, ด้านกายและโดยรวมทุกด้าน, ด้านสังคมและด้านจิตใจ, ด้านสังคมและด้านปัญญา(รู้คิด), ด้าน

สังคมและโดยรวมทุกด้าน, ด้านจิตใจและด้านปัญญา(รู้คิด), ด้านจิตใจและโดยรวมทุกด้าน, ด้านปัญญา(รู้คิด)และโดยรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ สอดคล้องกับ **พระธรรมโมลี**[๒๓] ได้ศึกษาวิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก" ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดตามหลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ของชีวิตในทางร่างกาย (กายิกสุข) และทางจิตใจ (เจตสิกสุข) โดยองค์รวมของส่วนประกอบเหล่านี้แยกเป็น ๔ ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ศีล (สังคมและสิ่งแวดล้อม) และปัญญา โดยการที่ชีวิตของมนุษย์จะเกิดความสุขได้นั้น มิติองค์รวมทั้ง ๔ ด้านนี้จะต้องประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน อาจเป็นธรรมชาติของผู้ป่วยหรือลักษณะสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มักจะให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหรือผู้ดูแลรักษามากกว่าให้ความสำคัญกับการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาวะของตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญในรูปแบบสังคมไทย

พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกายและด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ สอดคล้องกับ **พระมหาปองปรีดา ปริปุณฺโณ**[๒๔] ศึกษาการป้องกันและรักษาโรคตามหลักพระพุทธศาสนา พบว่าการป้องกันป้องกันโรคตามหลักพระพุทธศาสนา คือ การปฏิบัติตามหลักไตรสิกขา ได้แก่ **ก) อธิศีลสิกขา** ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้เป็นผู้มีศีลและวินัย มีความประพฤติ ถูกต้องดีงาม เช่น อนามัยส่วนบุคคล การกินการดื่ม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การป้องกันอันตราย การงดเว้นจากบาปอกุศลประกอบบุญกุศล การละเว้นมิจฉาชีพ ประกอบสัมมาชีพ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น **ข) อธิจิตตสิกขา** ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้มีจิตเป็นสมาธิสงบมั่นคง มีความ เอิบอิ่ม ความสุข และความผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ **ค) อธิปัญญาสิกขา** ได้แก่ การฝึกฝนอบรมตนเองให้เป็นผู้มีความเห็นถูกต้องตามทำนองคลองธรรม จนถึงการรู้แจ้งสรรพสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง การปรับความคิดให้ถูกต้อง

ส่วนพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านกายและด้านปัญญา(รู้คิด) ไม่มีความสัมพันธ์กันสอดคล้องกับ**ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร,**

---

[๒๓] พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ), "การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต,**(บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า บทคัดย่อ.

[๒๔] พระมหาปองปรีดา ปริปุณฺโณ, "การป้องกันและรักษาโรคตามหลักพระพุทธศาสนา" **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๕) , หน้า บทคัดย่อ.

อรุณี วชิราพรทิพย์[๒๕]ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธสำหรับคนไทย จากแนวคิดภาวนา ๔ คะแนนที่ได้จากการวัดทั้ง ๔ หมวดของทั้ง ๒ กลุ่ม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) หมวดปัญญาภาวนามีความสัมพันธ์กับหมวดศีลภาวนาและจิตภาวนามากกว่าหมวดกายภาวนา

สอดคล้องกับ**ศิริพร ปาระมะ**[๒๖] ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

๕.๓ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากผลการศึกษาสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ : กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ข้อเสนอแนะด้านกาย

๑) การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดการรับประทานน้ำตาล ออกกำลังกาย

๒) ประชาชนทุกคนควรได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี เพื่อค้นพบโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรกของโรค

๓) คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี จัดร่วมกิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารักษา การทำกิจกรรมหรือการแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรคำนึงถึงความต้องการและสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อสามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละคน และเกิดประโยชน์สูงสุด

---

[๒๕] ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์, พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์**,** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข วัดญาณเวศกวัน อำเภอสามพราน นครปฐม, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๖), หน้า บทคัดย่อ.

[๒๖] ศิริพร ปาระมะ, ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ศษ.ม.,** (จิตวิทยาการศึกษาและ การแนะแนว), เ(ชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕), หน้าบทคัดย่อ.

๒. ข้อเสนอแนะด้านสังคม สนับสนุนทางสังคมโดยการดูแล ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คู่มือและแบบบันทึกการดูแลสุขภาพตนเอง และจากสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ได้บริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง และเป็นผู้ที่ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน นับว่าเป็นวิธีการที่ดี ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ต่อไป เช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับไต โรคจิตเวช เป็นต้น

ส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพ พัฒนาพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ คุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง พัฒนาระบบการเรียนรู้โดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ ส่งเสริมสุขภาพบุคลากรประชาชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ

๓. ข้อเสนอแนะด้านจิตใจ จัดการความรู้ พัฒนาเครื่องมือและรูปแบบบริการ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เข้าถึงแหล่งเรียนรู้และหลักธรรมคำสอนทางศาสนาที่เหมาะสม มีทางเลือกในบริการทางจิตใจและจิตวิญญาณในยามเจ็บป่วยรุนแรง นิมนต์พระหรือนักบวชมาเทศน์ หรือปฏิบัติศาสนกิจที่ไม่ขัดต่อการรักษา

๔. ข้อเสนอแนะด้านปัญญา (รู้คิด) จัดมุมหนังสือต่างๆ เช่น หนังสือธรรมะ สารคดีสุขภาพ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ หรือเปิดวีดีทัศน์ให้ผู้ป่วยชมขณะรอรับการตรวจ

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะ ระดับการรับรู้พฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานทุกปี

๒. ควรศึกษาการรับรู้เรื่องภาวนา ๔ ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น

๓. ควรศึกษาการพัฒนาชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการใช้สื่อประเภทหนังสือธรรม และเทปธรรมะทางพุทธศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวลจาก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว

บรรณานุกรม

๑. ภาษาบาลี - ไทย :

๑.๑ ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกภาษาบาลี. ฉบับมหาจุฬาเตปิฏกำ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, ๒๕๐๖.

_____. **พระไตรปิฎกภาษาไทย** ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

_____. **อรรถกถาภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาอฏฺฐกถา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, โรงพิมพ์วิญญาณ, ๒๕๓๓ - ๒๕๓๔.

_____. **ฎีกาภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาฎีกา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, โรงพิมพ์วิญญาณ, ๒๕๓๙ – ๒๕๔๕.

_____. **ปกรณวิเสสภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาปกรณวิเสโส.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญาณ,๒๕๓๙ - ๒๕๔๓

มหามกุฏราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับสยามรฏฺฐเตปิฏกำ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๒๕.

_____. **อรรถกถาภาษาบาลี ฉบับสยามรฏฺฐเตปิฏกอฏฺฐกถา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

๑.๒ ข้อมูลทุติยภูมิ

๑.๒.๑ หนังสือ :

กฤษดา ศิรามพุช. **อายุยืน คุณกำหนดได้**. กรุงเทพมหานคร : ส.เจริญการพิมพ์, ๒๕๔๙.

กรมวิชาการ และกรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ. **เติบใหญ่ใกล้ธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทุนเพื่อเด็กสหประชาชาติ, ๒๕๓๘.

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

จำลอง ดิษยวณิช, (ศ.น.พ.), **วิปัสสนากรรมฐานและเชาว์อารมณ์,** (เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, ๒๕๔๓.

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. “**โรคเบาหวาน**.”. ศรีนครินทรเวชสาร, ๑๔(๑), ๒๕๔๒.

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. “Update in Diabetes Mellitus.” **ศรีนครินทร์เวชสาร**, ๑๓ (ฉบับพิเศษ). มกราคม-เมษายน, ๒๕๔๑.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. “แนวความคิดใหม่ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒,” .**สารราช วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย**. ๑๘(๓๐). เมษายน-มิถุนายน, ๒๕๔๗.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัวพิมล. “การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน,” ใน **ตำรา โรคเบาหวาน**. บรรณาธิการ โดย อภิชาติ วิชญาณรัตน์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๔๖.

ดนัย ไชยโยธา. **พื้นฐานทางสังคมวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ โอเอส พริ้นติ้งเฮ้าส์, ๒๕๓๔.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน**. พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร : จูนพับลิชชิ่ง, ๒๕๔๘.

ธิติ สนับบุญ. **การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙.

บุญทิพย์ สิริธรังศรี. **ผู้ป่วยเบาหวาน “การดูแลแบบองค์รวม”.** พิมพ์ครั้งที่ ๓. นครปฐม : ศูนย์อาเซียน, ๒๕๓๙.

ประเวศ วะสี. **การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. ๒๕๔๘.

ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ๒๕๔๓.

ปัทมาวดี กสิกรรม. **โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๔๑)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๑.

พระครูอินทสารวิจักษ์ อินฺทสโร (กิจไร่), “การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสถที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต,** (บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), บทคัดย่อ.

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตฺโต). **พจนานุกรมพุทธศาสน์ฉบับประมวลธรรม.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). **การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร จำกัด, ๒๕๔๒.

_____. "สู่การศึกษาแนวพุทธ”. **พุทธจักร**. ปีที่ ๕๘ ฉบับที่ ๙. กันยายน, ๒๕๔๗.

_____. **กายหายไข้ ใจหายทุกข์.** พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๕.

_____. **พุทธธรรม**. กรุงเทพมมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓.

_____.**พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์.** กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๓.

_____.**พุทธวิธีแก้ปัญหาเพื่อศตวรรษที่ ๒๑.** กรุงเทพมหานคร :สหธรรมมิก, ๒๕๓๗.

พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตฺโต). **ทัศวรรษธรรมทัศน์พระธรรมปิฎก หมวดวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.**กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๒.

_____."สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ". **พุทธจักร,** ปีที่ ๕๙ ฉบับที่ ๑๑. พฤศจิกายน ๒๕๔๘.

_____.**พุทธธรรม** (ฉบับเดิม). (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธรรมสาร จำกัด, ๒๕๔๕.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). **สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ.** พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสหพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง, ๒๕๕๑.

พระไพศาล วิสาโล. **แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙.

พระมหาจรรยา สุทฺธิญาโณ, **พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม,** พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๔

พระราชวรมุนี (ประยุทธ์ ปยุตฺโต). **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลธรรม**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. **เบาหวานกับการรักษาตนเอง.** พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รวมทัศน์, ๒๕๔๑.

ภาวนา กีรติยุตวงศ์. **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.** พิมพ์ครั้งที่ ๒. ชลบุรี : บริษัท พี . เพรส จำกัด, ๒๕๔๔.

มันฑนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปั้นดี. **อาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ๒๕๔๒.

มันฑนา ประทีปเสน และวงเดือน ปั้นดี. **อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน**. นครปฐม : ม.ป.พ., ๒๕๔๖.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๓๙.

_____. **"ปัจจัยส่งผลกระทบต่อการพยาบาล"**. นนทบุรี :โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๓๓.

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ๒๕๔๒**. กรุงเทพมหานคร : นาน

มีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๔๖.

ลลิตา ธีระศิริ. **บำบัดโรคด้วยแพทย์ทางเลือก.** พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรีดเดอร์ ไดเจสท์ (ประเทศไทย), ๒๕๔๔.

วิชิต เปานิล. **พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๖.

วิทยากร เชียงกูล. **การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมไทย : บทวิเคราะห์**. กรุงเทพมหานคร : ฉับแกระ, ๒๕๒๗.

วิพุธ พูลเจริญ. **สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. กรุงเทพมหานคร :สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๔.

วิศาล เยาวพงษ์ศิริ. **โรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ., ๒๕๔๔.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ ๗. กรุงเทพมหานคร **:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๐.

สมนึก ศิริพานทอง. **เราคิดอะไร**. เล่มที่ ๑๒๘ . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มูลนิธิธรรมสันติ, ๒๕๔๙.

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. **การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘ – ๒๕๕๐**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๕๑.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส). **สุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่สุขภาพทางปัญญา.** พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์ , ๒๕๔๖.

อวย เกตุสิงห์, "ร่างกายกับการออกกำลังกาย.". **วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ.** ๒ : ๑๙๐ ; เมษายน ๒๕๒๕.

อุบลรัตน์ เพ็งสถิต. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร **:** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง , ๒๕๔๖.

อุบลรัตน์ โพธิพัฒนชัย. **จริยศาสตร์สำหรับการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ประชุมช่าง จำกัด, ๒๕๔๕.

๑.๒.๒ วิทยานิพนธ์/รายงานวิจัย

กรรณิกา ลองจำนง, “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม”, **การศึกษาค้นคว้าอิสระ.** (ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม), ๒๕๔๗**.**

ขวัญชนก เรนนี. “ดัชนีความสุขของวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ในกลุ่มที่เข้ารับการฝึกสมาธิหลักสูตรศิลปะการพัฒนา ชีวิตด้วยอานาปานสติภาวนาของเสถียรธรรมสถาน”**,**

วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต,(บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต), ๒๕๕๒.

จันทร์ศิริ ดาวเรือง," คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน", **วิทยานิพนธ์ พย.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น), ๒๕๓๙.

จันทิมา โดษะนันท์, "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี", **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ), ๒๕๔๔.

จิรภา วิลาวรรณ," ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน : กรณีศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ", **การศึกษาอิสระ พย.ม.,** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น), ๒๕๔๕.

โฉมยง เหลาโชติ," ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี", **วิทยานิพนธ์ วท.ม. ,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๓๖.

ไฉไลฤดี ยุวนะศิริ และคณะ, "ผลสำเร็จในการปฏิบัติธรรมของพระนิสิตมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่", **รายงานการวิจัย**, (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่), ๒๕๔๖.

ชนม์ ฉายแม้น," **รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ PCU สามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์** ",(กาฬสินธุ์ : ม.ป.พ.), ๒๕๔๗.

ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง," ผลการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน",**การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม**.,(เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), ๒๕๔๒.

ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์. พระครรชิต คุณวโร, อรุณี วชิราพรทิพย์**,** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข วัดญาณเวศกวัน อำเภอสามพราน นครปฐม, **รายงานผลการวิจัย**, (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๔๖.

ฐิติรัตน์ รักษ์ใจตรง, "ศึกษาการใช้อานาปานสติภาวนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเสถียรธรรมสถาน", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๘), หน้า บทคัดย่อ.

บุญทิพย์ สิริธรังศรี . "การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน", **รายงานการวิจัย**,(กรุเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช), ๒๕๔๓.

เบญจมาศ ไตรบรรณ์, "ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ

ป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา", **ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.**, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ), ๒๕๔๓.

ประพิศ สามะศิริ. บุษบา หน่ายคอน, และมยุรี ชม้ายกลาง, "การศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี", ใน **บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี ๒๕๔๗**. (กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ.), ๒๕๔๗.

พรพิไล วรรณสัมผัส," ผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยสิงห์จังหวัดยโสธร", **วิทยานิพนธ์ ส.ม.**,(มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม), ๒๕๔๗.

พรเทพ รุ่งคุณากร," ผลของการฝึกอานาปนสติต่อความสงบ ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอานาปานสติ ภาวนาประจำเดือน ณธรรมาศรมนานาชาติ", **วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จิตวิทยา (จิตวิทยาการปรึกษา)**, (บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), ๒๕๔๒.

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ), "การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต,** (บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๕๑.

พระมหาบุญเพียร ปุญญวิริโย (แก้ววงศ์น้อย), "แนวคิดและวิธีขัดเกลาทางสังคมในสถาบันครอบครัวแนวพระพุทธศาสนา", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๔.

พระมหาปองปรีดา ปริปุณฺโณ, "การป้องกันและรักษาโรคตามหลักพระพุทธศาสนา", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**,(บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๕.

พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์," โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน", **วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), ๒๕๔๒.

พิชญรัชต์ บุญช่วย," การศึกษากระบวนการสร้างภาวนา ๔ โดยใช้หลักไตรสิกขา", **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต**. (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๙.

รพีพร เพ็งจันทร์,"การส่งเสริมการควบคุมตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ", **วิทยานิพนธ์ วท.ม**. (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๔๕.

วรรณา สามารถ และคณะ," **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับน้ำตาลในเลือด**", (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๔๕.

ศุภลักษณ์ จันหาญ," การบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม"**, วิทยานิพนธ์ ส.ม.** (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น), ๒๕๔๖.

ศิริพร ปาระมะ. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน, **การค้นคว้าแบบอิสระ ศษ.ม.** จิตวิทยาการศึกษาและ การแนะแนว. เ(ชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕.

ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. ผลของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. **การศึกษาอิสระ พย.ม.** ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๔.

สมยศ ศรีจารนัย และคณะ," **พฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวการณ์ควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์**", (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล), ๒๕๔๑.

สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์," ผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาต่อภาวะสุขภาพจิต", **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท**,(บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๔๓.

สรณีย์ สายศร,"การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยในเชิงบูรณาการแนวพุทธ : ศึกษากรณีโรคมะเร็ง (ปี ๒๕๔๙)", **ปริญญาศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต (ปรัชญาและศาสนา) สาขาปรัชญาและศาสนา**,(ภาควิชาปรัชญาและศาสนาบัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์), ๒๕๔๘.

สุกัญญดา หนูรักษ์, "พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลิกเบาหวานโรงพยาบาลจุฬากรณ์", **ปริญญานิพนธ์ วท.ม.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, ๒๕๔๖.

สุรีย์ จันทรโมลี," ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี", **วิทยานิพนธ์ วท.ด.,** (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๔๕.

อัจฉริยา บุญยะคง," ผลของการบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยให้

ประชาชนมีส่วนร่วมต่ออัตราการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ", **รายงานการวิจัย,** (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๐), หน้าบทคัดย่อ.

อดิศัย ภูมิวิเศษ," ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน",**การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**,(บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), ๒๕๓๗.

อรุณวรรณ บุญเทียบทิฆัมพร, การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนด้วยพุทธภาวนา : กรณีศึกษาค่ายคุณธรรมวัดอุโมงค์, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้าบทคัดย่อ.

อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข," การศึกษาเชิงวิเคราะห์ พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย", **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท**,(บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๔๖.

อวยชัย โรจน์นิรันดร์กิจ, "ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติ ในพุทธศาสนาต่อพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม", **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๒๖.

๑.๒.๓ หนังสือพิมพ์/วารสาร

มงคล ณ.สงขลา. **หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ**. ฉบับวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙.

ศรีเกษ ธัญญวินิชกุล. "โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง," **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, ๗ (๑), มกราคม-มีนาคม, ๒๕๔๑.

สุริยา สุนทราศีและคณะ, " พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่สาธารณสุขเขต ๔", **วารสารวิชาการสาธารณสุข** ปีที่๑๗ ฉบับที่ ๕ กันยายน – ตุลาคม ๒๕๕๑.

2. ภาษาอังกฤษ

Cohen, S., & Wills, T.A. **Stress, social support, and buffering hypothesis**. Phychological Bullentin,98, 1985.

Krejcie, R.V., and Morgan D.W. **Educational and Psychological Measurement**. New York : Plenum,1970

Muaksch and David. **Communication in Health Care**. Saint Louis : The C.V. Mosby Compny, 1977.

Schneider, D. **Teaching and learning with internet tools**. Geneva :University of Geneva,1996.

Wild, S. and other. “**Global prevalence of diabetes : Estimate for the year 2000 and Projections for 2030.”**. Diabetes Care, 27, 2004.

แบบสอบถาม

เรื่อง

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ :

กรณีศึกษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี

☆☆☆

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิทยานิพนธ์ ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวิตและความตาย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกโรคเบาหวาน ๒) เพื่อศึกษาระดับสภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน ๓) เพื่อศึกษาความแตกต่างระดับสุขภาวะองค์รวมของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและตามระดับสภาวะโรคเบาหวาน ๔)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้านต่างๆ คำตอบแบบสอบถามไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ ให้ตรงกับการรับรู้และความเป็นจริงที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

แบบสอบถามมี ๓ ตอน ได้แก่

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอนที่ ๒ สภาวะการเป็นโรคเบาหวาน
ตอนที่ ๓ สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

ด้วยความขอบคุณอย่างยิ่ง

นางเสาวนีย์ ฤดี
นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาชีวิตและความตาย
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ตอนที่๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

๑. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

๒. อายุ

☐ อายุต่ำกว่า ๔๐ปี ☐ อายุระหว่าง ๔๑ – ๕๐ ปี

☐ อายุระหว่าง ๕๑–๖๐ ปี ☐ อายุสูงกว่า ๖๑ ปี

๓. น้ำหนัก

☐ น้ำหนักต่ำกว่า ๕๐ กก. ☐ น้ำหนัก ๕๑ – ๖๐ กก.

☐ น้ำหนัก ๖๑ –๗๐ กก. ☐ น้ำหนักมากกว่า ๗๑ กก.

๔. ส่วนสูง

☐ ต่ำกว่า ๑๕๐ ซม. ☐ สูงระหว่าง ๑๕๑-๑๖๐ ซม.

☐ สูงระหว่าง ๑๖๑-๑๗๐ ซม. ☐ สูงมากกว่า ๑๗๑ ซม.

๕. สถานภาพการสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า

๖. อาชีพ

☐ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย

☐ พนักงานบริษัท /รับจ้าง ☐ อื่นๆ ..... (ระบุ)

๗. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ มัธยมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

☐ ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า ☐ สูงกว่า ปริญญาตรี

๘. รายได้ต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท ☐ ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท

☐ ระหว่าง ๑๕,๐๐๑ -๓๐,๐๐๐ บาท ☐ มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท

ตอนที่ ๒ สภาวะการเป็นโรคเบาหวาน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

๑.ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมานาน ..... ปี

๒. ท่านเริ่มรับการรักษาตั้งแต่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน

☐ ๑. ใช่ ☐ ๒. ไม่ใช่

๓. ระยะเวลาที่แพทย์นัดท่านมาตรวจโรคเบาหวาน ..... เดือน

๔.ท่านเคยนอนพักรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวาน

☐ ๑.เคย ☐ ๒. ไม่เคย (ถ้าเคยตอบข้อ ๕)

๕. จำนวนครั้งนอนพักรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวาน ..... ครั้ง

๖. วิธีที่ท่านควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ๑. ควบคุมอาหาร ☐ ๒. รับประทานยาแพทย์แผนปัจจุบัน

☐ ๓. ฉีดอินซูลิน ☐ ๔. อื่นๆ ..... (ระบุ)

๗. ท่านมีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

☐ ๑. มี ☐ ๒. ไม่มี (ถ้ามีอาการตอบข้อ ๘)

๘. ท่านมีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ๑. ขั้นไม่รุนแรง (เหงื่อออก ,ใจสั่น ,ตัวเย็น, เป็นลม ฯลฯ)

☐ ๒. ขั้นปานกลาง(ตามัว,แผลเรื้อรัง , ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ,ความดันโลหิตสูง, ปลายมือปลายเท้าชา ,หมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ ,ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฯลฯ)

☐ ๓. ขั้นรุนแรง (ตาบอด,ตัดขา ,ไตวาย ฯลฯ)

๙. ท่านควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีอื่น นอกจากคำสั่งแพทย์

☐ ๑. รับประทานยาสมุนไพร ☐ ๒. ซื้อยารับประทานเอง

☐ ๓. อื่นๆ ..... (ระบุ)

ตอนที่ ๓ สุขภาวะองค์รวม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ระดับความคิดเห็นในแต่ละข้อมีความหมายดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมและการรู้คิดดังกล่าวในระดับ **มากที่สุด**
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมและการรู้คิดดังกล่าวในระดับ **มาก**
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมและการรู้คิดดังกล่าวในระดับ **ปานกลาง**
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมและการรู้คิดดังกล่าวในระดับ **น้อย**
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมและการรู้คิดดังกล่าวในระดับ **น้อยที่สุด**

ข้อที่	**ข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ**	**ระดับความคิดเห็น**				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านกาย						
๑	ท่านมีประวัติพ่อแม่ พี่น้องหรือญาติเป็นโรคเบาหวาน					
๒	ท่านมักเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาแพง					
๓	ท่านเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด					
๔	อาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อมีจำนวนที่พอเหมาะ					
๕	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์เสมอ					
๖	ท่านมักดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน					
๗	ท่านคำนึงถึงคุณค่าของอาหารที่รับประทานทุกครั้ง					
๘	ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง					
๙	ท่านพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน					
๑๐	ท่านไม่ใส่ใจกับสุขภาพร่างกายของตนเอง					

ด้านสังคม						
๑	ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างดี					

ข้อที่	ข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๒	ท่านช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้อื่นตามโอกาสอย่างเต็มใจ					
๓	ท่านเข้าร่วมงานในสังคมตามปกติ					
๔	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกไม่พอใจได้					
๕	ท่านมีความกตัญญูผู้มีพระคุณ และ เห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น					
๖	ท่านแสดงออกด้วยความสุภาพ อ่อนโยน					
๗	ท่านมักให้การสงเคราะห์ผู้คนตามความสามารถอย่างสม่ำเสมอ					
๘	ท่านชักชวนสมาชิกในบ้าน / ที่ทำงานช่วยกันจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่					
๙	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบในการอยู่ร่วมกัน					
๑๐	ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่น					
ด้านจิตใจ						
๑	ท่านมีความสุขที่ได้ทำบุญ					
๒	ท่านมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือหรือแนะนำผู้อื่นให้ทำสิ่งที่ดีงาม					
๓	ท่านพยายามขจัดความโลภ โกรธ หลง ให้มีเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้					
๔	ท่านสามารถทำใจให้สบายได้ แม้ประสบปัญหา					
๕	ท่านรู้สึกซาบซึ้ง เห็นคุณค่าในน้ำใจของผู้อื่น					
๖	เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ท่านคุมสติได้ดี					

๗	ท่านรู้สึกกังวลใจกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต					
๘	ท่านรู้สึกไม่พอใจที่คนอื่นได้รับสิ่งที่ดี หรือได้ดีกว่า					
๙	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความหวังอยู่เสมอ					
ข้อที่	**ข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ**	**ระดับความคิดเห็น**				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๑๐	ปกติท่านเป็นคนที่มีจิตใจสุขสงบ					
ด้านรู้คิดปัญญา						
๑	ท่านแบ่งเวลาทำกิจต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม					
๒	ท่านได้พัฒนา ปรับปรุงงานให้ดียิ่งๆ ขึ้น					
๓	ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น					
๔	ท่านสนใจศึกษาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ					
๕	ท่านปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
๖	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด และเสนอสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นตามความเหมาะสม					
๗	ก่อนที่ท่านจะเชื่อสิ่งใด จะต้องศึกษาหรือตรวจสอบให้ถ่องแท้					
๘	ท่านเข้าใจความจริง เผชิญปัญหาและแก้ปัญหาด้วยเหตุผล					
๙	ท่านคิดว่าการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวกับธรรมชาติ จะทำให้พบกับความสุขที่แท้จริง					
๑๐	ท่านเข้าใจว่าไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้แน่นอน					