



วิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN THAI TRADITIONAL AND ALTERNATIVE
MEDICINE DEPARTMENT AT CHAO PHYA ADHAIBHUBEJ HOSPITAL

นางสาวพันทิตา เฉลิมพนาพันธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

จิตวิทยาชุมชน

จิตวิทยา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

Quality of Life of Patients in Thai Traditional and Alternative Medicine Department
at Chao Phya Adhaibhubej Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวพันทิตา เถлимพนาพันธ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

(อาจารย์ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน, กศ.ด.)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นาวาอากาศโทหญิง งามลัมย์ ผิวเหลือง, ประ.ด.)

หัวหน้าภาควิชา

(อาจารย์ศรินภา จามรมาน, กศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อัจจงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

Quality of Life of Patients in Thai Traditional and Alternative Medicine Department
at Chao Phya Adhaibhubej Hospital

โดย

นางสาวพันทิตา เฉลิมพนาพันธ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

พ.ศ. 2550

พันทิศา เกลิมพนาพันธ์ 2550: คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร วิทยาลัยวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)
สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ชีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน,
กศ.ด. 162 หน้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการ
สนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนก
ตามปัจจัยส่วนบุคคล 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ
สนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่ม
ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 280 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F-test
การทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนด
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูง 2) ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีเพศ
อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาระยะเวลารักษา
ด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษาแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยแผนก
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระดับการศึกษาและระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มี
คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) การสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Phanthita Chalermphanaphan 2007: Quality of Life of Patients in Thai Traditional and Alternative Medicine Department at Chao Phya Adhaibhubej Hospital. Master of Science (Community Psychology), Major Field: Community Psychology, Department of Psychology. Thesis Advisor: Theerapat Wongkumsin, Ed.D. 162 pages.

The purposes of this study were 1) to study the level of self-care behavior, social support, and quality of life of patients at Thai traditional and alternative medicine department, 2) to compare patients at Thai traditional and alternative medicine department quality of life by personal factors, 3) to study the relationship between self-care behavior and quality of life of patients at Thai traditional and alternative medicine department, 4) to study the relationship between social support and quality of life of patients at Thai traditional and alternative medicine department. The samples were consisted of 280 patients at Thai traditional and alternative medicine department at Chao Phya Adhaibhubej hospital. Data were collected by using questionnaires and analyzed by using package computer program. Statistical procedures in this study were t-test, One-way ANOVA, Multiple Comparison (LSD) and Pearson's Coefficient. Statistical significant was set at .05 and .01.

The findings of this study indicated that 1) self-care behavior of patients at Thai traditional and alternative medicine department was in high-level, social support of patients at Thai traditional and alternative medicine department was in moderate-level and quality of life of patients at Thai traditional and alternative medicine department was in high-level, 2) patients at Thai traditional and alternative medicine department had difference level of gender, age, revenue average of family, occupation, symptoms, period of use Thai traditional medicine service, model of heal had non different quality of life and patients at Thai traditional and alternative medicine department had difference level of education and period of symptoms were different quality of life that were statistically significant at .05, 3) self-care behavior were positively correlated to quality of life at .01, 4) social support were positively correlated to quality of life at .01.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร.ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน
ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.นท.หญิง ดร.งามลมัย ผิวเหลือง กรรมการร่วม
ผศ.ดร.ทิพทินนา สมุทรานนท์ ประธานกรรมการสอบ และ ดร. นันทวัน อินทชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ภายนอก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดีมา
โดยตลอด ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของ
ท่านเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.เต็มศักดิ์ คทวนิช อ.ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา เกษักรหญิง
วิจนา ตั้งความเพียร นางสาวลักขณา จันทร์แจ่มหล้า และ นางสาวกาญจนา บัวดอก ที่ได้กรุณาให้
คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือ ทำให้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ
เก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในแผนกทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้
ความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยและการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง พร้อมกันนี้
ขอขอบคุณผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือใน
การตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่สนับสนุนในทุกด้านให้แก่ลูกด้วยดี
เสมอมา ขอขอบคุณน้องชายทั้งสองและเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด

พันทิตา เฉลิมพนาพันธ์

พฤษภาคม 2550

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(8)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ตัวแปรที่ศึกษา	5
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	11
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	12
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	22
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	35
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
กรอบแนวคิดในการวิจัย	59
สมมติฐานของการวิจัย	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การตรวจวัดและการให้คะแนน	64
การสร้างเครื่องมือ	71
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	76
ผลการวิจัย	76
ข้อวิจารณ์	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	102
สรุปผลการวิจัย	104
ข้อเสนอแนะ	106
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	109
ภาคผนวก	119
ภาคผนวก ก ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย	120
ภาคผนวก ข โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	126
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	130
ภาคผนวก ง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	139
ภาคผนวก จ ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	
ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิต	
ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
จำแนกเป็นรายชื่อ	154
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	160
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	162

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	77
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	79
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	80
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	81
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามเพศ	82
6	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามอายุ	82
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระดับการศึกษา	83
8	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระดับการศึกษา	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
9	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว	84
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามอาชีพ	85
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษ	85
12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย	86
13	การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย	86
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย	87
15	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามรูปแบบการรักษา	87
16	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้านและโดยรวม กับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและโดยรวม กับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	89
18	สรุปผลการทดลองสมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน	100
19	สรุปผลการทดลองสมมติฐานที่ 2 และ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	101
ตารางผนวกที่		
1	ค่า Item - Total Correlation (r) รายชื่อของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต	140
2	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	141
3	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	142
4	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	143

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
5	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม	144
6	ค่า Item - Total Correlation (r) รายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเอง	145
7	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป	147
8	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	148
9	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้าน สุขภาพ	149
10	ค่า Item - Total Correlation (r) รายข้อของแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม	150
11	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคมด้านวัตถุสิ่งของ	151
12	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	152

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
13	ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และสังคม	153
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกเป็นรายข้อ	155
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกเป็นรายข้อ	156
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่ใช้บริการ การแพทย์แผนไทยจำแนกเป็นรายข้อ	158

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	31
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	59

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงหรือระบบเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองได้ (Self-Sufficiency Economy) ปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและต่อมาภายหลังพระองค์ได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้น้อมรับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อนำมากำหนดเป็นปรัชญาหลักในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 เพื่อเป็นฐานการพัฒนาในทุกมิติแบบเป็นองค์รวม และโดยที่การพัฒนาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาด้านสังคม เพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 จึงได้นำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มากำหนดกรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ หรือมีสุขภาวะ โดยยึด “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวม เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพที่มีผลต่อสุขภาพ โดยยึดแนวทางการดำเนินการที่เป็นสายกลาง มีความสมดุล มีความพอประมาณ มีระบบภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก (นริรัตน์ ธรรมโรจน์, 2541: 71) ซึ่งจะเป็แนวทางที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในอดีตการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยตามวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมของไทย เคยเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นกระแสหลักของสังคมไทย ต่อมาได้เสื่อมความนิยมลงและถูกละเลยไป แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน กระแสความคิดของการหันไปพึ่งสมุนไพรในระบอบการแพทย์แผนไทย กำลังได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

โดยมีการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนมากขึ้นทั้งแบบการรักษาแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการรักษาแบบการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ ทั้งนี้ด้านหนึ่งมาจากข้อจำกัดของการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง วิทยาการแผนใหม่ ที่ตอบสนองความพอใจได้อย่างจำกัดและมีราคาแพง อีกด้านหนึ่งมาจากการตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาไทยดั้งเดิมของชาวบ้าน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540: 1) โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทันจากภูมิปัญญาไทย เพื่อสังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เห็นได้จากพฤติกรรมลดตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

จากรายงานสถิติพฤติกรรมลดตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ในรูปแบบการให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่าประชาชนใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยการรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ มีอัตราเพิ่มขึ้นทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท โดยในเขตเมืองจากร้อยละ 2.1 เป็นร้อยละ 2.6 และร้อยละ 2.7 ในเขตชนบท จากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 3.0 และร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2544, 2546 และ 2547 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 163) และจากรายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ถึงร้อยละ 99.5 (กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร, 2547: 96) ซึ่งในปัจจุบันผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้ขยายวงกว้างขึ้น โดยผู้มีการศึกษาสูง รายได้มากเป็นกลุ่มใหม่ที่ใช้บริการและมีความพึงพอใจในระดับสูง ในขณะที่ชนชั้นกลางและชนชั้นล่าง ก็ยังคงมีการใช้บริการการแพทย์แผนไทยและมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540: 116)

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญของการใช้แพทย์แผนไทยเป็นแพทย์ทางเลือกหนึ่งในการดูแล รักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทย โดยกำหนดไว้เป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพซึ่งมีในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 การสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544: 39) นอกจากนี้ สถาบันการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับกอง โดยมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการพัฒนา การประสานงานสนับสนุนและให้ความร่วมมือด้าน

การแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการระดมนักวิชาการที่มีความรู้ด้านการวิจัย สมุนไพรและแพทย์ไทย กำหนดชนิดสมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น รวมทั้งพัฒนา เทคโนโลยีการผลิตยาจากสมุนไพร ประสานการวิจัยสรรพคุณพืชวิทยา จัดทำมาตรฐานทั้งในระดับ การสาธารณสุขมูลฐานและระดับอุตสาหกรรม ในระดับชุมชนได้มุ่งสนับสนุนและส่งเสริมการใช้ สมุนไพรในระดับท้องถิ่น สำหรับชุมชนที่มีความพร้อม ก็ส่งเสริมให้มีกิจกรรมจัดสวนสมุนไพร และจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรขึ้น (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540: 2) ในส่วนของการ ควบคุมการประกอบวิชาชีพ ได้มีการแก้ พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีวิชาชีพสำคัญขึ้น 4 สาขา ซึ่ง 2 ใน 4 สาขา คือสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ แผนไทยประยุกต์ ซึ่งถือเป็นการให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยโดยตรง จากการสนับสนุน ดังกล่าวทำให้เกิดการผลิตและพัฒนาบุคลากร มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยทั้งใน และนอกระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก

จากการสนับสนุนด้านการแพทย์แผนไทยของภาครัฐและผลการรายงานและงานวิจัยที่ พบว่าประชาชน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการเลือกใช้บริการการดูแลสุขภาพ และ ส่งเสริมสุขภาพตนเองมีแนวโน้มและมีความพึงพอใจที่จะใช้การแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หรือการที่ผู้ป่วยที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทย ได้นำความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยไปใช้ ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลรอบข้าง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นนั้น นอกจากขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแล้วยังขึ้นอยู่กับกระบวนการทางสังคมและ การสนับสนุนทางสังคม งานศึกษาด้านสุขภาพได้ยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและ แรงสนับสนุนทางสังคม แม้ว่ายังไม่มีย่อสรุปที่เด่นชัดเกี่ยวกับกระบวนการที่แรงสนับสนุนทาง สังคมกระทำอย่างไร จึงมีผลต่อสุขภาพ แต่ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีและการที่บุคคลมีแรง สนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพในหลายทางทั้งในด้านจิตใจ การช่วยเหลือทางวัตถุ เงินทอง ข้อมูลที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ นี้ส่งผลต่อระบบ ภูมิคุ้มกันในร่างกาย ตลอดจนการลดความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งการเพิ่มภูมิคุ้มกันและ ลดความเสี่ยงทางสุขภาพจะทำให้ความกดดันภายในจิตใจหมดไปได้ (เทพินทร์ พัทธนาธิกุล, 2548) ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต

โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งฐานะเป็น โรงพยาบาลศูนย์ มี ขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับสูง โดยมีการผสมผสานการใช้ สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2526 เป็นต้นมา

(มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2549) และมีการจัดตั้งแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการครบถ้วนทุกมิติด้านสุขภาพ ได้แก่ การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้การแพทย์แผนไทย เช่น การนวดตัว เป็นการนวดไทยที่เกิดจากการผสมผสาน ประยุกต์เอาการนวดแบบราชสำนัก (การนวดสำหรับเจ้านายชั้นสูง) กับการนวดแบบเชลยศักดิ์ (การนวดพื้นบ้าน) เกิดเป็นการนวดแบบอภัยภูเบศรที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ ที่เน้นทั้งการนวดเพื่อรักษาและนวดฟื้นฟูสุขภาพ การนวดเท้า การนวดหน้า คลายเครียด การอบ ประคบสมุนไพร และการฝังเข็ม ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านการให้บริการการแพทย์แผนไทย ใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีการสนับสนุนทางสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยประชากรที่จะใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 935 คน จากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2549 (แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2549)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 ระดับการศึกษา

1.4 รายได้

1.5 อาชีพ

1.6 กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา

- 1.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 - 1.8 ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย
 - 1.9 รูปแบบการรักษา
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่
 - 2.1 ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
 - 2.2 ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ
 - 2.3 ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ
3. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่
 - 3.1 ด้านวัตถุประสงค์ของ
 - 3.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 3.3 ด้านอารมณ์และสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและ การบำบัดรักษาความเจ็บป่วยหรือป้องกันโรคหรือส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร การอบ การประคบ และการนวดไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่

เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยแผนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนกเป็น เพศชายและเพศหญิง

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับจากปีที่เกิดของผู้ป่วยแผนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับอายุเต็มในปีที่ตอบแบบสอบถาม

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิกการศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับการศึกษา จำแนกเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว หมายถึง รายได้ที่ได้รับหรือผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ได้รับจากเงินบำนาญ หรือการประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัวรวมกัน โดยคิดจำนวนเงินเป็นรายเดือน โดยไม่หักค่าใช้จ่าย

อาชีพ หมายถึง ลักษณะการทำงานหรือแหล่งที่มาของรายได้หลักในการเลี้ยงชีพของผู้ป่วยแผนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนกเป็น ไม่ประกอบอาชีพ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพรับจ้างทั่วไป อาชีพส่วนตัวหรือค้าขาย อาชีพพนักงานในองค์กรเอกชน อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ และอาชีพพนักงานหรือข้าราชการของรัฐ

กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา หมายถึง อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และให้ได้รับการบำบัดรักษาแบบแพทย์แผนไทย จำแนกเป็น อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับศีรษะและลำคอ อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับลำตัว อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับแขนและขา และอาการเจ็บป่วยอื่นๆ

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย หมายถึง ระยะเวลาที่นับ ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วย ได้เข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร นับตั้งแต่ วันแรก จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

รูปแบบการรักษา หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการบำบัดรักษาจากอาการเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็นอยู่ แบ่งออกเป็น รักษาด้วยแพทย์แผนไทยอย่างเดียว และรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมด้วย

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทำในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ แบ่งการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ที่ดี ได้แก่ การบริโภคอาหารตามความจำเป็นและเหมาะสมต่อร่างกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การจับถ่ายเป็นปกติ และการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลที่ดี

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทำในการดูแลตนเองเพื่อปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ตามระยะพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การตรวจสุขภาพร่างกาย การบริโภคอาหารตามความจำเป็นและ เหมาะสมต่อร่างกายในแต่ละวัย การศึกษาหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละวัย

การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ียงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วย แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทำในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความ เจ็บป่วย เพื่อควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ได้แก่ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ การหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ต่อการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานและบุคคล ในสังคมตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ในเรื่องต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้

อย่างมีความสุข ความพอใจตามที่เขาต้องการ แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง การที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน ยานพาหนะและการปรับสภาพแวดล้อม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและการป้อนกลับของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกี่ยวกับสภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพ รูปร่างหน้าตา รูปลักษณะภายนอกของตนเอง ความพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวและการจัดการกับความเจ็บปวดของตนเองได้

ด้านจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ทั้งในทางบวกและทางลบที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ได้แก่ การยอมรับสภาพของตนเองในปัจจุบัน ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง การจัดการความเครียด และการมีสมาธิในการทำงาน

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคมของตนเอง

ได้แก่ การพึ่งพอใจที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือและการที่ตนเองได้ช่วยเหลือสังคม การได้รับการยอมรับหรือความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในสังคม และความสัมพันธ์กับคู่สมรส

ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกพึ่งพอใจของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัย ความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนหรือสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัย และความพึงพอใจกับสภาพการเงินของตนเอง

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
 - 4.1 ความหมายการแพทย์แผนไทย
 - 4.2 ปรัชญาแนวคิดของแพทย์แผนไทย

4.3 ลักษณะของการแพทย์แผนไทย

4.4 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

4.5 สาเหตุการเกิดโรคตามแนวการแพทย์แผนไทย

4.6 การรักษาสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวการแพทย์แผนไทย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การที่มนุษย์ทุกคน มีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ สำหรับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยก็ปรารถนาที่จะให้ชีวิตของตนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และปัจจุบันเป้าหมายในการรักษาพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ได้มุ่งแต่เพียงการให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่กับ โรคเรื้อรังเหล่านั้นให้ ดีขึ้น โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) และยังทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับแนวความคิดด้านคุณภาพชีวิตกันมากขึ้น (Zhan, 1992)

ในปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามของคุณภาพชีวิตที่เป็นที่ยอมรับกันเป็นสากล การศึกษาที่มีอยู่ทั่วไปจึงมีความหลากหลายในเรื่องคำนิยาม แนวคิด เนื้อหาที่ประเมินและวิธีประเมินคุณภาพชีวิต รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต การศึกษาเบื้องต้นพบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล (Zhan, 1992: 795) นอกจากนี้แล้วคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Cooley, 1998: 151-161) จึงกล่าวได้ว่าการให้คำจำกัดความหรือนิยามของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนและแน่นอนเป็นการยาก เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นทั้งรูปธรรม เช่น ระบบสาธารณสุขโลก สิ่งแวดล้อม หรือทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านนามธรรมหรือด้านจิตใจ เช่น ความพึงพอใจ การรับรู้ถึง ความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล จากคุณลักษณะที่หลากหลายมุมมองของคุณภาพชีวิตจึงมีผู้ให้นิยามและความหมายของคุณภาพชีวิตดังนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

Zhan (1992: 795) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจของบุคคลซึ่งมาจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น โดยต้องคำนึงถึงภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ

Ferrell (1996: 909-916) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกรั้งถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่มาจากประสบการณ์ในชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2534 อ้างใน อัจฉรา นวจินดา และ กาญจนา ลุศนันท์, 2548) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลคือความพึงพอใจของบุคคล ที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาวะแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541: 41) ได้ให้นิยามศัพท์ไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรับรู้หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่เขาใช้ชีวิตอยู่ และมีความเชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมาย, ความคาดหวัง, มาตรฐาน รวมทั้งความกังวลสนใจที่เขามีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนคติที่มีขอบเขตกว้างขวาง ครอบคลุมเรื่องต่างๆที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย, สภาวะทางจิต, ระดับความเป็นตัวของตัวเอง, ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคม, ความเชื่อส่วนบุคคล, และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

สุภาวศ์ จันทวานิช และ วิศนี สิลตระภูต (2541: 42) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” ว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่น ของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ กล่าวโดยรวมสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

จากนิยามและความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

Zhan (1992: 795-800) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกๆ ด้าน ทั่วๆ ไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและครอบครัว ซึ่งบุคคลจะรับรู้ได้โดยดูจากความแตกต่างระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ
2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อที่เกี่ยวกับตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งภาพลักษณ์ของตนเอง
3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมต่างๆ ไป ที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต มีปัจจัย ได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้

Ferrell (1996: 909-916) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (Physical Well-Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (Psychological Well-Being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นในด้านการเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3. ด้านความผาสุกทางสังคม (Social Well-Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ได้แก่ ความหวังและความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

WHOQOL Group (1996: 355) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ คุณภาพชีวิต

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การหลับนอนและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of Independence Domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับ ข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทาง ภายนอก เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร และสภาพภูมิประเทศ เป็นต้น

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึทางจิตวิญญาณ ศาสนาและ ความเชื่อ

Ferrans (1990: 16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความ พึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and Functioning Domain) เกี่ยวข้องกับ ประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจาก บุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเอง ไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พลังความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการจัดการความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศของตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Domain) เกี่ยวข้องกับเพื่อน เพื่อนบ้าน กำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การ ได้ผูกมิตรและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงิน สภาพบ้านหรือที่พักอาศัย การศึกษา การทำงานหรือการ ว่างงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual Domain) เกี่ยวข้องกับชีวิต ของตนเอง ความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขในใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา ความหวังในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต และความวิตกกังวลในชีวิต

4. ด้านครอบครัว (Family Domain) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รัก หรือ คู่สมรส สุขภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับ จากบุคคลภายในครอบครัว

สุภางค์ จันทวานิช และ วิศนี สิตตระกูล (2541) ได้ศึกษาและจำแนกเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมที่ได้จัดทำขึ้นและเสนอความคิดแบ่งออกเป็น 9 มิติ คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านการเมืองการปกครอง ด้านประชากร ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านคุณธรรม จริยธรรม และ ด้านการพึ่งตนเอง

สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541: 10-11) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด และได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงควมมีอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของคนที่มอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆที่มีผลต่อการดำรงชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือการรับรู้เรื่องราวความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นสภาพบ้านเรือน มลพิษ สาธารณูปโภค การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

จากองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาสรุปได้ว่า Zhan (1992: 795-800) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ Ferrell (1996: 909-916) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความผาสุกของร่างกาย ด้านความผาสุกทางจิตใจ ด้านความผาสุกทางสังคม และด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ WHOQOL Group (1996: 355) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ Ferrans (1990: 16) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำงาน ทำหน้าที่ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว สุภางค์ จันทวานิช และ วิศนีย์ สิตตระกูล (2541) เสนอความคิดคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 9 มิติ คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านการเมืองการปกครอง ด้านประชากร ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านคุณธรรมจริยธรรม และ ด้านการพึ่งตนเอง สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541: 10-11) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตได้มีผู้ศึกษาและเสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

Frank-Stromberg (1984: 88-91) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัดตัวด้วยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Objective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์หรือบุคคลในทีม

สุขภาพ เป็นต้น จะประเมินเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความ เป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Subjective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั่นเอง โดยให้บุคคลประเมิน ตามการรับรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของตน เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยมีข้อมูลเป็นเชิงคุณภาพ (Subjective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวเอง แต่ให้ บุคคลบรรยายเกี่ยวกับภาวะ ความเจ็บป่วยของตนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการประเมินจะได้ออกมาเป็นการบรรยาย

Zhan (1992: 796) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภทดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ

2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมีแนวความคิดว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้าง หลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่ง ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต

Zhan (1992) ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยว่าควรประเมินทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยครอบคลุมต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) และ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio – Economic Factors)

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

Zhan (1992) พบว่างานวิจัยบางเรื่องมีการใช้ “ความพึงพอใจในชีวิต” และ “ความสุข” ในความหมายเดียวกันหรือใช้แทนกัน ซึ่งการให้ความหมายแทนกันนี้นำไปสู่ความสับสนและความไม่ชัดเจนของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ในชีวิตที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ดังนั้น Zhan (1992) จึงมีแนวคิดว่า ความพึงพอใจในชีวิตและความสุขไม่สามารถใช้แทนกันได้ แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และ ความพึงพอใจในชีวิตนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ปฏิกริยาและพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยการประเมินอัตมโนทัศน์ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถประเมินตนเองได้ อัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งที่บอกถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตควรจะประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วย

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning)

ภาวะสุขภาพ เป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการที่แสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังยังวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio – Economic Factors)

ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ได้กล่าวไว้ว่าสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller, 1970 cited in Zhan, 1992: 799) ซึ่งปัจจัยด้านนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับความสุขทางด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและความรู้สึกเห็น

คุณค่าในตนเอง สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้และการศึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์ของบุคคลเชิงวัตถุวิสัย สามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย ได้เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้และความพอใจในแหล่งรายได้ ดังนั้นในการประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตมี 3 ลักษณะ ดังนี้ (King *et al.*, 1997; Mast, 1995: 958-959)

1. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างมิติเดียว (Unidimensional Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว ซึ่งการประเมินวิธีนี้จะขาดความไว และไม่สามารถแยกความแตกต่างขององค์ประกอบในแต่ละด้านได้
2. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินทางเดียว (Multidimensional Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่กว้างและหลายมิติ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ซึ่งปัญหาจากการประเมินวิธีนี้คือ ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตจะซ้ำซ้อนกัน และ ขาดข้อมูลในเชิงลึก
3. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินหลายทาง (Multiple Separate Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้แยกตามองค์ประกอบในแต่ละด้าน เช่น การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพอารมณ์ ความเครียด และความสัมพันธ์ เป็นต้น

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตของสัว์ฉัน มหันต์นิรันดร์กุล และคณะ (2541) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งจะมีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

พฤติกรรม การดูแลตนเองมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องของสุขภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองลดการพึ่งพามนุษย์อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองตามมุมมองที่แตกต่างกันตามแนวคิดของผู้ศึกษา พอสรุปได้ดังนี้

ความหมายของพฤติกรรม การดูแลตนเอง

Levin (1984) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตัวเอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค ในระดับพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

Hill and Smith (1985: 9-10) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบไปด้วยการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางจิตใจได้กล่าวถึง สัมพันธภาพ สุขภาพจิต การผ่อนคลาย การปฏิบัติทางจิตและวิญญาณ การนอนหลับและฝัน อาหาร สิ่งแวดล้อม การมีเพศสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพทางกายได้กล่าวถึง การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตและการขจัดความเครียด เป็นต้น

Norris (1987: 486-489) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ กระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยมีมูลเหตุผลักดันมาจาก ความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุ หรือ ชิ้นส่วน ในการรักษาเท่านั้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลตนเองได้

Orem (1995: 35) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาคำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

Pender (2006: 150) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุขของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือ ภายนอกบุคคลก็ได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529: 128) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ซึ่งริเริ่มโดยบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง สวัสดิภาวะของตนเองไว้

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533: 49) ได้เสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยสรุปนิยาม ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะชั่วคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 124) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย คือผ่านระยะของการคิดพิจารณา ตัดสินใจ ลงมือกระทำ และประเมินผลการกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545: 73) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายในชีวิตประจำวันในการจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปแล้ว พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างมีเป้าหมายของบุคคล เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองซึ่งรู้จักกันดีคือ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม โอเรมเริ่มสร้างทฤษฎีการพยาบาลในปีค.ศ.1971 โดยแบ่งเป็น 3 ทฤษฎีย่อย ที่มีความสัมพันธ์กันเกี่ยวเนื่อง ซึ่งกันและกัน (สุทธิพันธ์ พิศสุวรรณ, บังอร สำลี, และ รัตนภรณ์ สิริวัฒน์ชัยพร, 2540: 92) ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎี การดูแลตนเอง มาเป็นแนวทางในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ระยะของการดูแลตนเอง

Orem (1995: 79-82) อธิบายว่า การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณั้้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณั้้นทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผล

การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง นั้น ภายใต้นี้ต้องอาศัยความพยายามและบากบั่น นอกจากนี้อีกประกอบอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

1. มีความรู้ ความชำนาญในกิจกรรมที่จะทำ
2. มีแรงจูงใจให้กระทำและใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ได้ทำกิจกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด
4. สามารถทำให้บรรลุความสำเร็จตามต้องการ
5. มีกำลังใจ ความตั้งใจสูงในการดูแลตนเอง

ลักษณะกิจกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม มีลักษณะของกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Orem, 1995: 41)

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติ และอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของบุคคลนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตรายและการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย จิตใจของบุคคล
5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมเกิดการควบคุม จำกัด ข้อบกพร่องหรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย
6. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการหาย หรือกำจัดโรคและพยาธิสภาพต่างๆของร่างกาย

2. ส่วนประกอบของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองมีส่วนประกอบอยู่ 2 ส่วน คือ ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

2.1 ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

Orem (1995) แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ออกเป็น 3 ด้านและเรียกการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านนี้ว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

2.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

ก. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ดังนี้

- 1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก
- 2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
- 3) หากความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

ข. คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ดังนี้

- 1) จัดการให้มีการจับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดลอม
- 2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการจับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการจับถ่าย
- 3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 4) ดูแลสิ่งแวดลอมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

ค. รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ดังนี้

- 1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- 2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
- 3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

ง. รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- 2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลอื่นรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

จ. การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ ดังนี้

- 1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
- 2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
- 3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
- 4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

ฉ. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนารายให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม
และความสามารถของตนเอง ดังนี้

- 1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน
- 2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของ

บุคคล

4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่าง
ไปจากปกติของตนเอง

2.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care
Requisites)

เป็นความต้องการที่มีความเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น
ภาวะการตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับ
สถานการณ์ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

ก. การพัฒนาส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

ข. การป้องกัน บรรเทาและแก้ไข ภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตร การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ภาวะที่มีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถ ความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและภาวะที่ต้องเผชิญกับความตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสียดแทงทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อการพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

2.1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามและป้องกันความพิการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

ก. การแสวงหาความรู้ และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ข. รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของชีวิต

ค. ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันควบคุมและคงไว้ซึ่งความสามารถดั้งเดิม

ง. รับรู้และเอาใจใส่ดูแลและป้องกันควบคุมความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

จ. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

ฉ. เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

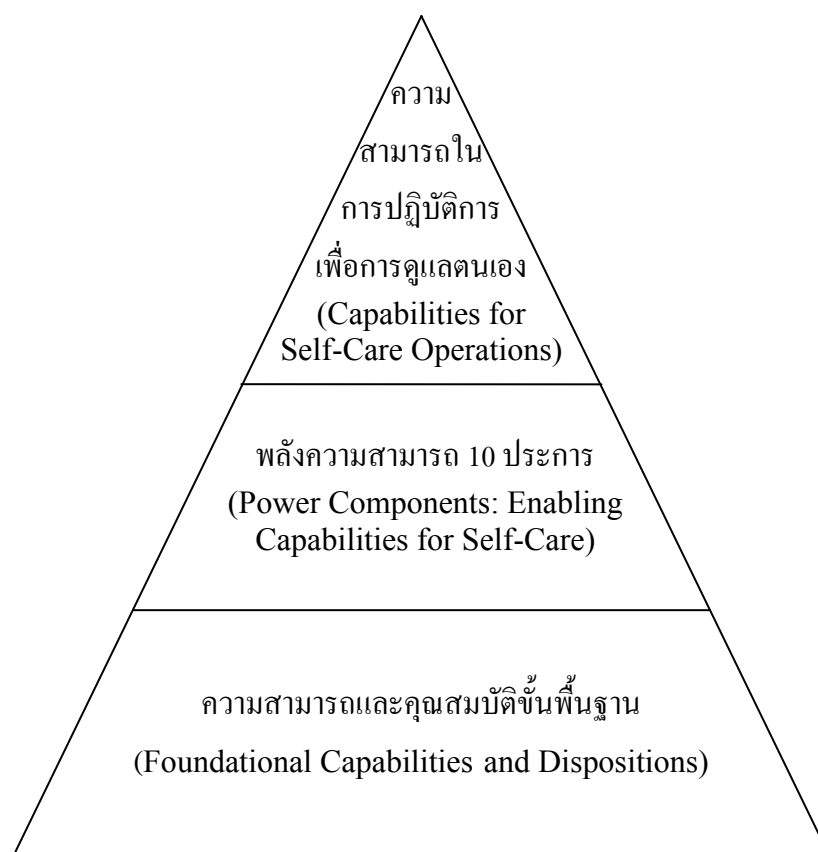
ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่จะสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations)

2.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components: Enabling Capabilities for Self-Care)

2.2.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

Gast, *et al.* (1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ได้วิเคราะห์มโนคติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับสูงขึ้นไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา: Gast, *et al.* (1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 33)

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นจะต้องอยู่ในระดับใด ก็ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละบุคคล รวมทั้งพัฒนาการการเป็นผู้ชี้นำตนเอง ควบคุมตนเอง พัฒนาการทางร่างกาย ความนึกคิดและจิตสังขมอาจเป็นความสามารถที่ได้รับการพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาและการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีรูปแบบเป็นการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งมีระยะของการปฏิบัติดังนี้ (Orem, 1995)

ก. การคาดการณ์ (Estimative Operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายความต้องการและแนวทางที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ข. การปรับเปลี่ยน (Transitional Operation) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถสมควรจะกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

ค. การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components: Enabling Capabilities for Self-Care)

เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญในการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยพลังความสามารถนี้เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองกับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ (Orem, 1995)

ก. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

ข. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ค. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้สมบูรณ์ และ ต่อเนื่อง

ง. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

จ. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพ

ด. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

ข. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

ค. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

ฉ. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

ญ. มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.2.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1. ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) 2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

ก. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

ข. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

ค. การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

ง. การเห็นคุณค่าในตนเอง

จ. นิสัยประจำตัว

ฉ. ความตั้งใจ

ช. ความเข้าใจในตนเอง

ซ. ความหวังใยในตนเอง

ฌ. การยอมรับตนเอง

ญ. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม

ต่างๆ

ฎ. ความสามารถที่จัดการเกี่ยวกับตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย มีความประสงค์ที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยผู้วิจัยเลือกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจากแนวคิดของ Orem (1995) แบ่งการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เพราะการดูแลตนเองทั้ง 3 ประเภทนี้ ถือเป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974: 17) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้คนที่อ่อนแอกว่า การส่งเสริมให้รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน การพึ่งพากันและกัน และการให้คำแนะนำ

Cobb (1976:300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับรู้ข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985:7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Thoists (1982: 147-148) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายได้รับความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Gottlieb (1985) ได้นิยามความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นผลที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลซึ่งอยู่ในเครือข่ายทางสังคมที่มีโครงสร้างแน่นชัด ปฏิสัมพันธ์นี้เป็นการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรกับบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี

Pender (2002) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความจำเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Taylor (2003) การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ข้อมูล ข่าวสาร จากคนอื่นที่รัก เอาใจใส่ นับถือและให้ความเคารพ รวมถึงเครือข่ายทางการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกันจาก พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง คนรักหรือคู่ครอง เครือญาติ เพื่อน สังคมและชุมชนที่เราสัมผัสเช่น โบสถ์ วัด หรือคลับ ต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งสัตว์เลี้ยงที่เราผูกพัน คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี อยู่ในระดับสูง จะมีความเครียดน้อยเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2535) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ฯลฯ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนี้อาจเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า เงิน เป็นต้น และ / หรือ นามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับความรู้ข่าวสาร เป็นต้น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2535) และ จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2548) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541: 47) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือจากชุมชน ที่มีต่อปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคลในชุมชนนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นตัวรับแรงปะทะจากเหตุการณ์พลิกผันในชีวิตหรือสภาพความเป็นอยู่ และยังเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

กล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือบริการด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974: 17-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับยกย่องว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่อง การที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตและความสบายของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าได้รับการยกย่องเป็นที่ต้องการและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นได้
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับบทบาท การได้รับการยอมรับบทบาทในสถาบันครอบครัวหรือสังคม จะทำให้มีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยกย่องช่วยเหลือ เป็นการได้รับคำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถในการนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงแรงสนับสนุนด้านการให้การยกย่อง ความไว้วางใจ การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Cobb (1979) กล่าวถึงชนิดการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนที่มีความเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Thoist (1982 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988: 47) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Instrumental Aids) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aids) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับของข้อมูล

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio-Emotional Aids) หมายถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Taylor (2003) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) รวมถึงการช่วยเหลือให้แต่ละคนได้เข้าใจเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด หรือความกดดัน และอะไรคือสาเหตุ ตลอดจนกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดหรือความกดดันนั้น ซึ่งจะทำให้แต่ละคนที่พบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือความกดดันสามารถหยั่งรู้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นจะถูกถามตนอย่างไร และสามารถจัดการกับเหตุการณ์เหล่านั้นได้

2. การช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม (Tangible Assistance) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนทางด้านวัตถุ เช่น การบริการ การช่วยเหลือด้านการเงิน หรือสิ่งของ

3. ครอบครัวและเพื่อนฝูงสามารถให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ (Informational Support) เกี่ยวกับเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความกดดัน ยกตัวอย่างเช่น ถ้าคนใดคนหนึ่งมีความอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายหลังจากการไปรับการรักษาจากหมอ เพื่อนหรือญาติที่เคยผ่านเหตุการณ์นี้มาก่อนสามารถให้ข้อมูลแก่เขาเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลาย หรือว่าอาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อไร เป็นต้น

4. ในช่วงเวลาแห่งความกดดันหรือความเครียด คนมักจะประสบปัญหาทางด้านอารมณ์ และอาจมีความเศร้า (Sadness) ความกังวล (Anxiety) หรือขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ในช่วงนี้เพื่อนหรือญาติสามารถที่จะให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) โดยการให้ความเชื่อมั่นว่าเขาหรือเธอ ยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อคนที่รักและห่วงใย ความอบอุ่นและอาการที่แสดงออกถึงการทะนุถนอมที่ได้จากคนอื่นสามารถทำให้คนที่ตกอยู่ในความเครียด หรือความกดดันสามารถที่จะต่อสู้กับภาวะการนั้นด้วยความมั่นใจมากขึ้น

จากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาสรุปได้ว่า Weiss (1974: 17-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคมด้านมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่อง การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับบทบาท และการสนับสนุนทางสังคมด้านการยกย่องช่วยเหลือ

House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน Cobb (1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม Thoist (1982 cited in Somchit Hanucharumkul, 1988:47) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม Taylor (2003) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมิน การช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ และการสนับสนุนทางอารมณ์

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้
(บุญเยี่ยม ตรีภูทวงษ์, 2535; จินดา บุญช่วยเกื้อกุล, 2548)

1. จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” การสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรักความหวังดี ให้แก่ตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้
(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540)

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันทางธรรมชาติ ประกอบด้วย

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ สามี ภรรยา ปู่ย่าตายาย พ่อ แม่ ลูก

1.2 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ในที่ทำงานเดียวกันและคนใกล้ชิด

2. กลุ่มผู้ช่วยเหลือนักวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงจรวงส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมมี 3 ระดับ

1. Macro Level คือการวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น ความสัมพันธ์ กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจกับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. Mezzo Level คือการวัดในระดับเฉพาะเจาะจง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกันอยู่เสมอเช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. Micro Level คือการวัดโดยพิจารณาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนที่รัก

หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (2002: 241) ได้สรุปหน้าที่การสนับสนุนทางสังคม มีหน้าที่อยู่ 2 ประการ คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม → การส่งเสริมความเจริญ / ความเติบโตของสิ่งแวดล้อม → การส่งเสริมสุขภาพ
2. การสนับสนุนทางสังคม → เหตุการณ์ที่ลดความเครียดของชีวิต → การรักษาสุขภาพ
3. การสนับสนุนทางสังคม → ผลย้อนกลับของการกระทำที่มั่นคงแน่วแน่ → การรักษาสุขภาพ
4. เหตุการณ์ที่เผชิญความเครียดของในชีวิต → หน้าที่ “กันชน” ของการสนับสนุนทางสังคม → พัฒนาการของความเจ็บป่วย

จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Thoist (1982 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988: 47) ผู้วิจัยเห็นว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีความสอดคล้องเหมาะสมกับการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนี้ จำเป็นต้องศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เนื่องจากเป็นสิ่งที่คุณป่วยได้ใช้บริการเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย โดยผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลดังนี้

ความหมายการแพทย์แผนไทย

อรุณพร อีฐรัตน์ และ วีรพัฒน์ เกษรธรรมทัศน์ (2538: 109) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทย ภาษาอังกฤษใช้ว่า Thai Traditional Medicine (TTM) หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดโรคความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตแบบไทย วิธีการปฏิบัติการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นลูกกลอน เป็นต้น) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้ พุทธศาสนาหรือพิธีกรรมเพื่อดูแล รักษาสุขภาพจิต การลด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิมและธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสมและถ่ายทอดประสบการณ์อย่างเป็นระบบโดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก และการศึกษาผ่านสถาบัน การศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งได้เป็น 4 สาขาวิชา ดังต่อไปนี้

1. เวชกรรมแผนไทย จะกล่าวถึงทฤษฎีต่างๆ ในการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดจนวิธีการแก้ไข ซึ่งในเวชกรรมแผนไทยนี้ จะเกี่ยวข้องกับชีวิตของคนไทย ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายไป ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของคนไทย และยังมีความสัมพันธ์ไปถึงพุทธศาสนา เนื่องจากคำสอนของศาสนาเกี่ยวข้องกับอยู่เสมอ

2. เกษตรกรรมแผนไทย เป็นการนำเอาสมุนไพร (พืชวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุ) ที่มีอยู่ในท้องถิ่นหรือสามารถหาได้ง่ายมารักษาโรค จะมีการศึกษาเรื่องจรรยาเภสัช หลักเภสัช สรรพคุณเภสัช รสของยา ยาที่ใช้ในการรักษาโรค จะต้องรู้จักพิถีพิถันต่าง ๆ รู้ด้านปรุงยา การเก็บและรักษาสมุนไพร เป็นต้น

3. การนวดไทย เป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการรักษาสมรรถนะยิ่งขึ้น

4. ผดุงครรภ์แผนไทย เป็นศาสตร์ช่วยดูแลรักษาครรภ์ และมารดาผู้ตั้งครรภ์

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2539: 11) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทย เป็นวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมอันดีของไทย มีการใช้สมุนไพร การอบ การประคบ และการนวดไทย มีเอกลักษณ์เป็นแบบแผนไทย มีความรู้ที่สืบทอดเป็นทฤษฎี มีการเรียนการสอน และมีการถ่ายทอดความรู้กันอย่างกว้างขวาง

ปัทมาวดี กลสิกรรม (2545: 373) ได้ให้ความหมายว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทย ซึ่งมาจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้แล้วกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามามีอิทธิพล พร้อมๆกับการเผยแพร่ของศาสนา พราหมณ์ และพุทธศาสนา โดยมีตำราต่างๆ ที่สืบทอดมาเป็นเวลานานและใช้เป็นแม่บทหลักของระบบองค์ความรู้ ซึ่งอาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุภายในร่างกาย โดยให้ยาตำรับซึ่งปรุงจากสมุนไพรหลายชนิด การนวด รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2548: 4) ได้อ้างถึงการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายถึงรวมการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

จากนิยามและความหมายของการแพทย์แผนไทยที่กล่าวมาสรุป ความหมายของการแพทย์แผนไทยได้ว่า เป็นวิธีการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของคนไทย ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมอันดีของไทย มีการใช้สมุนไพร การอบ การประคบ และการนวดไทย ที่มีเอกลักษณ์เป็นแบบแผนไทย

ปรัชญาแนวคิดของแพทย์แผนไทย

ปรัชญาและแนวคิดของแพทย์แผนไทย มองอวัยวะต่าง ๆ ใน ร่างกายมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังมองว่าร่างกายมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรวมไปถึงจักรวาล และให้มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ถ้าหากมนุษย์มีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนกับธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ก็จะมีสุขภาพดี แต่เมื่อใดที่มนุษย์มีวิถีชีวิตที่เบี่ยงเบนจากกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ

ร่างกายของมนุษย์ ก็จะเสียสมดุลย์ และเกิดการเจ็บป่วยขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งปรัชญาการแพทย์แผนไทยมองภาพรวมว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลภายในตัวผู้ป่วยหรือไม่สมดุลกับสิ่งภายนอก คือ ธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม เช่น ดิน น้ำ อากาศ และ ฤดูกาล หรือวินิจฉัยการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการที่ร่างกายไม่สมดุลทั้งระบบ การรักษาจะเริ่มต้นด้วยการทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลทั้งร่างกายก่อน ถ้าจะมองให้ลึกถึงการรักษาสมดุลก็คือการให้มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่เป็นข้อปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่เป็นกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การรักษาสมดุลยังหมายรวมไปถึงการประสานกลมกลืนของร่างกายและจิตใจกับสิ่งแวดล้อมด้วย

จะเห็นได้ว่า การแพทย์แผนไทยมองปัญหาต่าง ๆ ในแนวกว้าง มิได้เจาะลึก เนื่องจากระบบมีการพัฒนาภายใต้เงื่อนไขที่จำกัด เพราะขาดเครื่องมือที่จะช่วยมองปัญหา หรือสมมติฐานด้านลึกได้ นอกจากนี้ยังมองปัญหาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวหรือสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การมองปัญหาแบบนี้ถือว่าการมองปัญหาแบบมหภาค (Macroscopic) ดังนั้นการศึกษาจะต้องใช้วิธีการศึกษาแบบการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ วิธีการศึกษา โดยการผสมผสาน (Integrate) คุณสมบัติส่วนประกอบ หรือปัจจัยในลักษณะขององค์รวม (Holistic) (อรุณพร อธิรัตน์ และ วิรพัฒน์ เกษธรรมทัศน์, 2538: 109-110)

ลักษณะของการแพทย์แผนไทย

อรุณพร อธิรัตน์ และ วิรพัฒน์ เกษธรรมทัศน์ (2538: 111-112) ได้แบ่งลักษณะของการแพทย์แผนไทย ไว้ดังนี้

1. สาเหตุของโรค การแพทย์แผนไทยจะมองสาเหตุของโรคเกิดจากการขาดสมดุล
2. การมองของการแพทย์แผนไทยไม่เน้นการพิสูจน์ในระดับอนุภาค เน้นความเป็นรูปธรรมและนามธรรม คือยังเอาการรักษาโดยใช้พิธีกรรมเข้าร่วม การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้พิสูจน์ไม่ได้
3. การแพทย์แผนไทยจะมุ่งเน้นที่การรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคหรือเน้นการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี
4. ตัวยาที่ใช้ การแพทย์แผนไทยจะประกอบด้วยสมุนไพรตามธรรมชาติ

5. ผลการรักษา การรักษาโดยการแพทย์แผนไทยจะได้ผลช้า แต่ผลข้างเคียงน้อย ทั้งนี้ อาจเกิดเนื่องจากสารประกอบต่าง ๆ ในสมุนไพรหลายชนิดจะเสริมฤทธิ์และต้านฤทธิ์กันเอง

6. วิธีการรักษาของระบบการแพทย์แผนไทยจะมุ่งเน้นกระบวนการบำรุงรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรหรืออาหารเสริมการปฏิบัติตนรวมทั้งการฝึกกายและฝึกจิต

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2538: 78) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ สิ่งที่มีอำนาจ เช่น ผีป่า ผีบ้าน ปีสาง ผีหรือสิ่งของที่ผู้อื่นเสกมากระทำโทษ เชื่อในเรื่องของเทพ เรื่องของพระเจ้าลงโทษ ผู้กระทำผิดจารีตของเทพ เรื่องของพระเจ้าลงโทษผู้ที่ทำผิดจารีตประเพณี ความเชื่อนี้มีอยู่ทั่วไป แตกต่างตามที่อยู่และวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ การเสียสมดุลของร่างกาย อันประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 การเสียสมดุลของความร้อน ความเย็น การเสียสมดุลของโครงสร้างร่างกาย

3. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่างๆ ซึ่งมีทั้งพลังที่สร้างสรรค์และพลังที่ทำลายต่อสุขภาพ หากพลังฝ่ายใดมากกว่าก็จะส่งผลให้สุขภาพดีหรือร้ายไปตามนั้น

การรักษาจึงเป็นไปตามความเชื่อ คือ มีทั้งการใช้พิธีกรรม ได้แก่ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การบวงสรวงเทพเจ้า การเสียเคราะห์ต่อชะตา การใช้สมุนไพร และการกินอาหารปรับสมดุลของร่างกาย การนวด การอบ การประคบ และการปรับสมดุลจิตด้วยสมาธิ

สาเหตุการเกิดโรคตามแนวการแพทย์แผนไทย

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2538) ได้กล่าวว่า นอกเหนือจากความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ แล้วการแพทย์แผนไทยเชื่อว่าสาเหตุแห่งการเกิดการเจ็บป่วยเกิดจากอิทธิพลดังต่อไปนี้ คือ ธาตุทั้งสี่

ผิปกติ (ธาตุสมุฏฐาน) อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน) อายุที่เปลี่ยนไปสามวัย (อายุสมุฏฐาน) ดินที่อยู่อาศัย (ประเทศสมุฏฐาน) อิทธิพลของกาลเวลาและสุริยจักรวาล (กาลสมุฏฐาน) และ พฤติกรรมเป็นมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรค

1. ธาตุทั้งสี่ผิปกติ (ธาตุสมุฏฐาน) สิ่งมีชีวิตที่เกิดมาล้วนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลมและไฟ ซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลเกี่ยวข้องกับและกันโดยแบ่งออกเป็น

1.1 ธาตุดิน (ปถวีธาตุ) คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นของแข็ง มีความคงรูป เช่น อวัยวะต่างๆ กระดูก เส้นเอ็น ปอด ตับ ม้าม หัวใจ เป็นต้น

1.2 ธาตุน้ำ (อาโป) คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นน้ำเป็นของที่เหลว มีคุณสมบัติไหลไปมาซึมซับทั่วไปในร่างกายอาศัยธาตุดินเพื่อการคงอยู่ อาศัยธาตุลมเพื่อการเคลื่อนไหว เช่น น้ำดี น้ำหนอง น้ำเลือด น้ำเหลือง น้ำตา น้ำลาย

1.3 ธาตุลม (วาโย) คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะเคลื่อนไหวได้ มีคุณสมบัติคือความเบา เป็นสิ่งที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว เดิน นั่ง นอน คู้เหยียดได้ ธาตุลมย่อยอาศัยธาตุดินและธาตุน้ำเป็นเครื่องนำพาพลังและขณะเดียวกันธาตุลมพยุ่ดินและทำให้น้ำเคลื่อนไหวไปมาได้ เช่น ลมหายใจเข้าออก ลมในกระเพาะลำไส้

1.4 ธาตุไฟ (เตโช) คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะที่เป็นความร้อน มีคุณสมบัติเผาผลาญให้แตกสลาย ไฟทำให้ลมและน้ำในร่างกายเคลื่อนที่ด้วยพลังแห่งความร้อนอันเหมาะสม ไฟทำให้ดินอุ่นคืออวัยวะต่างๆไม่เน่า

จะเห็นว่าธาตุทั้ง 4 ต่างอาศัยซึ่งกันและกันจะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปไม่ได้ หากมีความแปรปรวนเสียสมดุลขึ้นได้แก่ หย่อน กำเริบ หรือพิการจะทำให้ร่างกายไม่สบายเกิดเป็นโรคขึ้นได้

2. อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน) คือ ฤดูต่างๆ มีผลทำให้ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล เช่นฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ความเย็นจะผ่านออกไปและความร้อนเริ่มผ่านเข้ามา ฤดูร้อนต่อฤดูฝน ความร้อนย่อมเข้าไปมีผลกระทบต่อธาตุลม และธาตุลมย่อมเข้ามากระทบร้อนด้วย ฤดูฝนต่อฤดูหนาว เมื่อถึงอากาศหนาวกำลังมา ละอองฝนปลาดูฝนและธาตุลมเข้าสู่ความเย็น ในขณะที่ความหนาวเย็นต้นฤดูหนาวเริ่มเข้ามารับลมปลาดูฝน สภาวะดังกล่าวมนุษย์ต้องปรับตัว

เป็นอย่างมากไปแล้ว ปีเล่า ปรับตัวไม่ได้ก็จะเสียชีวิตเกิดการเจ็บป่วย และร่างกายต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาลต่างๆ

3. อายุที่เปลี่ยนไปสามวัย (อายุสมมุติฐาน) ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย แบ่งเป็น 3 วัย คือ ปฐมวัย (อายุ 0-6 ปี) เกิดโรคทางธาตุน้ำ มัชฌิมวัย (อายุ 16-32 ปี) เกิดโรคทางธาตุไฟ ปัจฉิมวัย (อายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางธาตุลม นอกจากนี้แพทย์แผนไทยยังใช้อายุสำหรับการจัดยาที่ต่างกันอีก เช่นถ้าเป็นวัยชราที่ต้องจัดยาที่คำนึงถึงธาตุลมมากกว่าธาตุอื่นๆ เป็นต้น

4. ถิ่นที่อยู่อาศัย (ประเทศสมมุติฐาน) ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ ได้แก่ ประเทศร้อน คือสถานที่ที่เป็นภูเขาสูงเนินผามักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ประเทศเย็น คือสถานที่ที่เป็นน้ำฝน โคลนตมมีฝนตกชุกมักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม ประเทศอุ่น คือสถานที่ที่เป็นน้ำฝนกรวดทราย เป็นที่เก็บน้ำไม่อยู่มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ ประเทศหนาว คือสถานที่ที่เป็นน้ำเค็มมีโคลนตมชื้นแฉะ ได้แก่ ชายทะเล มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน เกี่ยวกับสถานที่บางตำราว่าถิ่นเกิด บางตำราว่าถิ่นที่อยู่อาศัย โดยให้พิจารณาที่อยู่อาศัยที่อยู่นาน 6 เดือน

5. อิทธิพลของกาลเวลาและสุริยจักรวาล (กาลสมมุติฐาน) คือสาเหตุการเกิดโรคอันเนื่องมาจากเวลา คือมีการเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมงในรอบ 1 วัน การที่โลกหมุนรอบตนเองทำให้เกิดกลางวันกลางคืน น้ำขึ้นน้ำลงเกิดด้วยอิทธิพลจากแรงดึงดูดของดวงจันทร์ ยามใดเกิดจันทร์ปราศหรือสุริยปราศ มักเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติบน โลกมนุษย์ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ซึ่งสิ่งมีชีวิตทั้งหลายอาจจะได้รับผลกระทบบ้าง การเกิดการแปรปรวนของธาตุต่างๆ แตกต่างกันตามเวลา เช่น เวลา 06.00-10.00 น.และเวลา 18.00-22.00 น. ธาตุน้ำกระทำโทษมักมีอาการน้ำมูกไหลหรือท้องเสีย เวลา 10.00-14.00 น.และเวลา 22.00-02.00 น.ธาตุไฟกระทำโทษมีอาการไข้หรือแสบท้อง ปวดท้อง ธาตุลมกระทำโทษ คือวิงเวียน ปวดเมื่อย อ่อนเพลียเป็นลมขมบ้าย ตัวอย่างโรคที่สัมพันธ์กับเวลา ได้แก่ โรคไหลตายซึ่งมักเกิดในช่วง 02.00-04.00 น. น่าจะเป็นโรคเกี่ยวกับธาตุไฟและธาตุลมหทัยวาตะ อาจเกี่ยวข้องกับกรกินอาหารไม่ถูกต้องกับธาตุและการย้ายสถานที่ประกอบกับความเครียด

6. พฤติกรรมเป็นมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรค ในปัจจุบันมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางพฤติกรรมมากขึ้น ทั้งนี้เกิดด้วยการรู้เท่าไม่ถึงการและเกิดจากการตามใจตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกินอาหาร การสำส่อนทางเพศ การคิดสิ่งเสพผิดต่างๆ ล้วนเกิดจากการอ่อนแอทางจิต การยึดติดในกิเลสตัณหา ดังนั้นการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม มีวิธีรักษาด้วยการสอนให้คนยึดหลัก มัชฌิมาปฏิปทา คือ

การเดินทางสายกลาง ดังในคัมภีร์โรคนิทาน ส่วนพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรคพอสรุปได้ ดังนี้คือ

6.1 กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป กินอาหารบูดหรืออาหารที่ไม่เคยกิน กินอาหารไม่ถูกกับธาตุไม่ถูกกับโรค

6.2 ฟืนอิริยาบถได้แก่ การนั่ง ยืน เดิน นอน ไม่สมดุลกันจนร่างกายมีโครงสร้างเสีย สมดุลและเสื่อมโทรม

6.3 อากาศไม่สะอาดอยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป

6.4 การอด ได้แก่ การอดข้าว อดน้ำ ขาดอาหาร

6.5 การกลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ

6.6 ทำงานเกินกำลังมาก หรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป

6.7 มีความโศกเศร้าเสียใจหรือดีใจเกินไป ขาดอุเบกขา

6.8 มีโทษมากเกินไปขาดสติ

การรักษาสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวการแพทย์แผนไทย

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2542) ได้อธิบายว่า การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวม จึงต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไปกับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่

1. ปัจจัยซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล สรีรจักรวาล ฯลฯ มนุษย์ต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับปัจจัยหรือสมุฏฐานต่างๆ ด้วยการกินอาหารสมุนไพร ยาสมุนไพรและการปรับปรุงพฤติกรรม

2. ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรคทั้ง 8 ประการ คือหลีกเลี่ยงการฝืนอิริยาบถจนทำให้ร่างกายเสียสมดุล เพราะจะทำให้ธาตุทั้ง 4 แปรปรวนได้ การแก้ไข คือ การออกกำลังกาย การตัดตนด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนวดไทย และการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพจิตซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเน้นอย่างยิ่ง โดยใช้หลักการ “ธรรมานามัย” ได้แก่

2.1 กายานามัย เป็นการออกกำลังกาย การตัดตนด้วยตนเอง การกินอาหารให้ถูกกับธาตุ กินแต่พอเหมาะ มีสติในการกิน การนอน และดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท

2.2 จิตตานามัย เป็นการฝึกสมาธิให้จิตใจเข้มแข็ง จิตมีพลัง เกิดปัญญา เกิดความสุขสงบ จะทำให้ความดันโลหิตขึ้น มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลสและความอยาก คือตัณหา

2.3 ชีวิตานามัย เป็นการดำรงชีวิตด้วยทางสายกลางเลี้ยงชีวิต โดยชอบ ย่อมไม่เกิดความเครียด ไม่ผิดศีล รักษาศีล 5 ให้บริสุทธิ์ รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ไร้มลภาวะ

3. ใช้อาหารหรือยาสมุนไพร แต่แก้ไข้เพื่อปรับให้ธาตุสมดุล

4. การรักษาด้วยการนวด ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นวิธีการที่นำมาเสริมการบำบัดรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การนวดไทย เป็นวิธีการบำบัดและรักษาโรคของไทยที่มีตั้งแต่ดั้งเดิม เชื่อได้ว่าเริ่มต้นมาจากความพยายามในการบรรเทาการปวดเมื่อย ฟกช้ำ ด้วยการสัมผัสจับต้อง หรือกดบริเวณที่เจ็บเพื่อช่วยเหลือตนเอง และสะสมประสบการณ์มาเป็นการนวด โดยเริ่มจากการนวดด้วยตนเอง มีการนำท่าฤๅษีดัดตนมาใช้ในการบริหารร่างกายและแก้ไข้อาการต่างๆ ซึ่งท่าฤๅษีดัดตนนี้ ก็มีการนวดด้วยตนเองประกอบอยู่ด้วย ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สะดวกต่อการนวดด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยนวด จึงได้พัฒนามาเป็นการนวดเพื่อช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และกระจายกว้างขวางออกไปในชุมชน นอกจากนี้ในค่ายมวยซึ่งมักเกิดอุบัติเหตุในการต่อสู้ เช่น ไหล่หลุด เคล็ด ขัดขอก จึงต้องมีการบำบัดขั้นต้นด้วยการกด จับ ดัด ดึง เพื่อให้เข้าที่ ทำให้ได้เรียนรู้ สืบทอดกันมาและพัฒนาเป็นท่าต่างๆที่เหมาะสม และใช้แรงกดที่เหมาะสมในการรักษา トラบจนถึงปัจจุบัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542)

การนวดไทยโดยทั่วๆ ไปมี 2 สาย คือ

ก. การนวดสายเชลยศักดิ์ เป็นการนวดเน้นการช่วยเหลือตนเองในครอบครัวหรือในชุมชน เช่น สามีนวดให้ภรรยา ลูกนวดให้พ่อแม่ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สร้างความใกล้ชิด เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน นับเป็นการพึ่งตนเองของประชาชนได้ เป็นอย่างดี การนวดสายนี้ไม่เพียงแต่ใช้มือเท่านั้น ยังใช้อวัยวะส่วนอื่นๆ อีก เช่น ศอก ท่อนแขน ส้นเท้า หรือการนั่งตัดตัวผู้ป่วย ซึ่งเนกาการผ่อนแรงของผู้นวด และมักใช้เวลาในการนวดมาก การนวดแบบนี้พบได้ทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทและได้รับความสนใจอย่างมากในสังคมไทย

ข. การนวดสายราชสำนัก เป็นการนวดไทยที่ใช้ในพระราชวัง ดังนั้นท่าต่างๆ ในการนวดจึงได้รับการพัฒนา ให้สุภาพและมักนวดด้วยนิ้วมือเท่านั้น เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักในการนวดไม่ให้มากเกินไปและมีองศามาตราส่วนในของการนวดที่ไม่ประชิดตัวมากเกินไปและจะหันหน้าตรงไป ไม่ก้มหน้าหายใจรด และไม่ยกหน้าจนเป็นการไม่เคารพ การนวดสายราชสำนัก เป็นที่นิยมและยอมรับกันมากในสมัยโบราณและรุ่งเรืองมากในสมัยกรุงศรีอยุธยา โดยมีการจัดตั้งเป็นกรมหมอนวดชาย-ขวา

การนวดไทย มีคุณค่าต่อการพึ่งตนเองเป็นอย่างมาก สามารถบรรเทาโรคและอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในความรู้สึกของผู้รับบริการ เช่น อาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อลดการติดขัดของข้อต่อ ช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การนวดที่ไม่ถูกต้อง อาจเป็นการซ้ำเติม หรือเพิ่มการบาดเจ็บได้ ฉะนั้นผู้ที่จะนำการนวดไปใช้ จึงควรมีความรู้ในการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างแท้จริง

4.2 การประคบสมุนไพร คือ การใช้สมุนไพรหลาย ๆ อย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออก เช่น ไพร ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ตะไคร้ มะกรูด การบูร เป็นต้น เป็นวิธีการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้ควบคู่กับการนวด โดยใช้การประคบหลังการนวดแล้ว

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร คือ ช่วยให้กล้ามเนื้อเยื่อพังผืดยึดตัวออก ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการบวมที่เกิดขึ้นจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ หรือบริเวณข้อต่อต่างๆ และยังช่วยกระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร คือ ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป บริเวณผิวหนังอ่อนๆ หรือบาดเจ็บ ต้องมีผ้าขนหนูรองก่อน การประคบสมุนไพรควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน อัมพาต เด็ก ผู้สูงอายุ เพราะการตอบสนองต่อความร้อนช้า ไม่ประคบในกรณีที่มีอาการอักเสบ บวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจจะบวมมากขึ้น ควรประคบด้วยน้ำเย็นก่อน และหลังจากประคบสมุนไพร ไม่ควรอาบน้ำทันที

4.3 การอบไอน้ำสมุนไพร การอบตัวด้วยไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดรักษาอย่างหนึ่งซึ่งเริ่มต้นจากประสบการณ์ การนั่งกระโจมในหญิงหลังคลอด โดยใช้ผ้าทำเป็นกระโจม หรือนั่งในสุมไก่ที่ปิดคลุมไว้มิดชิด และมีหม้อต้มสมุนไพรซึ่งเดือดทำให้สามารถอบและสูดดมไอน้ำสมุนไพรได้ ผิวหนังได้สัมผัสไอน้ำด้วย ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่งมีน้ำมีนวล ต่อมาเป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนทั่วไป

4.3.1 การอบตัวด้วยไอน้ำมี 2 แบบ คือ

ก. การอบแห้ง หรือเรียกทับศัพท์ว่า เซาว์น่า คล้ายคลึงกับการอยู่ไฟของไทย ซึ่งนิยมในต่างประเทศ โดยใช้ความร้อนจากถ่านหินบนเตาร้อน

ข. การอบเปียก เป็นวิธีที่คนไทยนิยมและแพร่หลายในปัจจุบัน โดยพัฒนาจากการอบแบบเข้ากระโจม มาเป็นห้องอบไอน้ำสมุนไพรที่ทันสมัยขึ้น ให้บริการได้คราวละหลายๆ คน ดดยใช้หม้อต้มสมุนไพร ที่มีท่อส่งไอน้ำเข้าไปภายในห้องอบ

การอบตัวด้วยความร้อน นับเป็นวิธีที่ทางการแพทย์ในปัจจุบันยอมรับว่า สามารถช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังดีขึ้น ส่วนไอน้ำของสมุนไพรจะมีสรรพคุณตามสมบัติของสมุนไพรนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ช่วยให้ร่างกายเกิดความสดชื่น

4.3.2 สมุนไพรที่ใช้ในการอบนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกในการจัดหาในท้องถิ่น การนำเอาสมุนไพรสดมาใช้ในการอบ ไม่จำกัดชนิด อาจเพิ่มหรือลดชนิดของสมุนไพร ตามความต้องการของการใช้ประโยชน์และความยากง่ายในการจัดหา โดยยึดหลักสมุนไพร ในการอบ 4 กลุ่ม ดังนี้

ก. สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น โพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ในสมุนไพรเหล่านี้จะมีสารสำคัญคือ น้ำมันหอมระเหย ซึ่งให้ประโยชน์ในการรักษาโรคและอาการต่างๆ เช่น อาการ คัดจมูก ปวดเมื่อย และเวียนศีรษะ

ข. สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม ใบและฝักส้มป่อย ในสมุนไพรกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ช่วยชำระล้างสกปรก บำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ผิวหนัง

ค. สมุนไพรที่เป็นสารประกอบที่ระเหิดได้เมื่อผ่านความร้อนจะมีกลิ่นหอม เช่น การบูร พิมเสน ช่วยรักษาอาการหวัด คัดจมูก

ง. สมุนไพรที่ใช้รักษาเฉพาะโรคและอาการ เช่น สมุนไพรแก้ปวด ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง โพล เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น

โรคหรืออาการที่สามารถบำบัดรักษาด้วยการอบสมุนไพร มีตั้งแต่โรคภูมิแพ้ที่ไม่รุนแรง เป็นหวัดเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาตในระยะเริ่มแรก ปวดเมื่อยตามร่างกายทั่วไป ส่วนโรคที่ไม่ควรทำการอบสมุนไพร คือ โรคความดันโลหิตสูงกรณีที่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดร่วมด้วย

ประโยชน์ของการอบไอน้ำสมุนไพร ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น คลายความตึงเครียด ช่วยชำระล้างและขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางผิวหนัง บำรุงผิวพรรณ บรรเทาอาการคัน รักษาผดผื่น ช่วยรักษาโรคผิวหนังชนิดไม่ร้ายแรงและไม่ติดเชื้อได้ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น บรรเทาอาการปวดเมื่อย อาการบวม เหน็บชา และลมพิษต่างๆ รักษาหรือบรรเทาอาการปวดประจำเดือนที่ไม่มีไข้ร่วม และหญิงหลังคลอดบุตร ช่วยให้มีดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น เป็นต้น

ข้อห้ามสำหรับการอบสมุนไพร ห้ามอบสมุนไพรในกรณีที่มีไข้สูงมากกว่า 37 องศาหรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ มีอาการอ่อนเพลีย อ่อนนอน หรือออกอาหาร มีการอักเสบจากบาดแผลต่างๆ ผู้ที่มีโรคติดต่อร้ายแรงทุกชนิด เช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว อันได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ โลกลมชัก หอบหืด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ห้ามในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีหรือในหญิงที่ตั้งครรภ์ และห้ามอบสมุนไพรหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรรับประทานอาหารก่อนอบสมุนไพรอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

การแพทย์แผนไทยเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นการแพทย์แบบองค์รวม ซึ่งคนไทยในอดีต ได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่นเป็นร้อยๆปี เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของคนไทย จึงควรได้รับการพิจารณาให้เป็นทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์นี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้การแพทย์แผนไทย มีดังนี้

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.56$) การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ปัจจัยเงื่อนไขทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ แต่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ร้อยละ 32 ส่วนปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่พบว่าระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้

นัตรวลัย ไจอารีย์ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.6484$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.3143$) ระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.3580$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.3725$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นกลุ่ม

ตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536) ได้ทำการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 120 คน จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระยะสัมพันธ์กับโรคเอดส์ กลุ่มผู้มีอาชีพค้าขายและอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 37

กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ (2542) ได้ทำการศึกษา การใช้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา กลุ่มผู้ที่กลับมาใช้บริการซ้ำ และกลุ่มผู้ที่ไม่กลับมาใช้บริการซ้ำ จากการเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ ของทั้ง 2 กลุ่มผู้รับบริการไม่แตกต่างกันและทั้ง 2 กลุ่มมีความเชื่อว่า อาการเจ็บป่วยสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด อีกทั้งมีความเชื่อว่าวิธีการแพทย์แผนไทยสามารถบำบัดอาการให้หายได้ถึง ร้อยละ 72.5 และ 71.3 ตามลำดับ สำหรับระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่กลับมาใช้บริการซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับมาใช้บริการซ้ำมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล น้อยกว่า 10 กิโลเมตร มากที่สุดและจากการเปรียบเทียบความเหมาะสมของค่าบริการ พบว่าผู้มารับบริการซ้ำคิดว่าค่าบริการมีความเหมาะสมมากกว่าผู้ที่ไม่กลับมาใช้บริการ เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่ม ผู้ที่กลับมาใช้บริการซ้ำได้แก่ ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ ความเหมาะสมของค่าบริการ ระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วย และความพึงพอใจในพฤติกรรมผู้ให้บริการและตัวแปรดังกล่าวทำนายการกลับมาใช้บริการซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 77.5

เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่งที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 90 คน ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม

วนิดา รัตนานนท์ (2545) ได้ศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มารับการตรวจตามนัด ที่คลินิกศัลยกรรม ภปร.ชั้น 6 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และที่คลินิกศัลยกรรมเต้านม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว 2,000 - 4,999 บาทต่อเดือน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Jiang (1999) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พฤติกรรมดูแลตนเอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนแห่งที่ 1 ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในฉินตู มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับที่เหมาะสม และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม และในด้านความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ($p < 0.05$)

Li (1999) ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะทางระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหัวซานและโรงพยาบาลชองซาน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย

แพทยศาสตร์ แห่งมณฑลเซียงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.33 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ด้านความสามารถในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถด้านความรู้และความสามารถด้านทางปฏิบัติ อยู่ระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r_s = 0.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความสามารถด้านทางปฏิบัติ สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r_s = 0.44$) ส่วนความสามารถด้านความรู้และการตัดสินใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

Liu (1999) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ซึ่งมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์กรุงซีอาน จำนวน 60 คน ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และพบความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.57$) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตลอดจนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านในระดับปานกลาง

Cai (2002) ได้ทำการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลองเสียง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลองเสียงที่มารักษาที่โรงพยาบาล 3 แห่ง ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์หูหนาน เมืองฉางซา มณฑลหูหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.635, p < 0.01$)

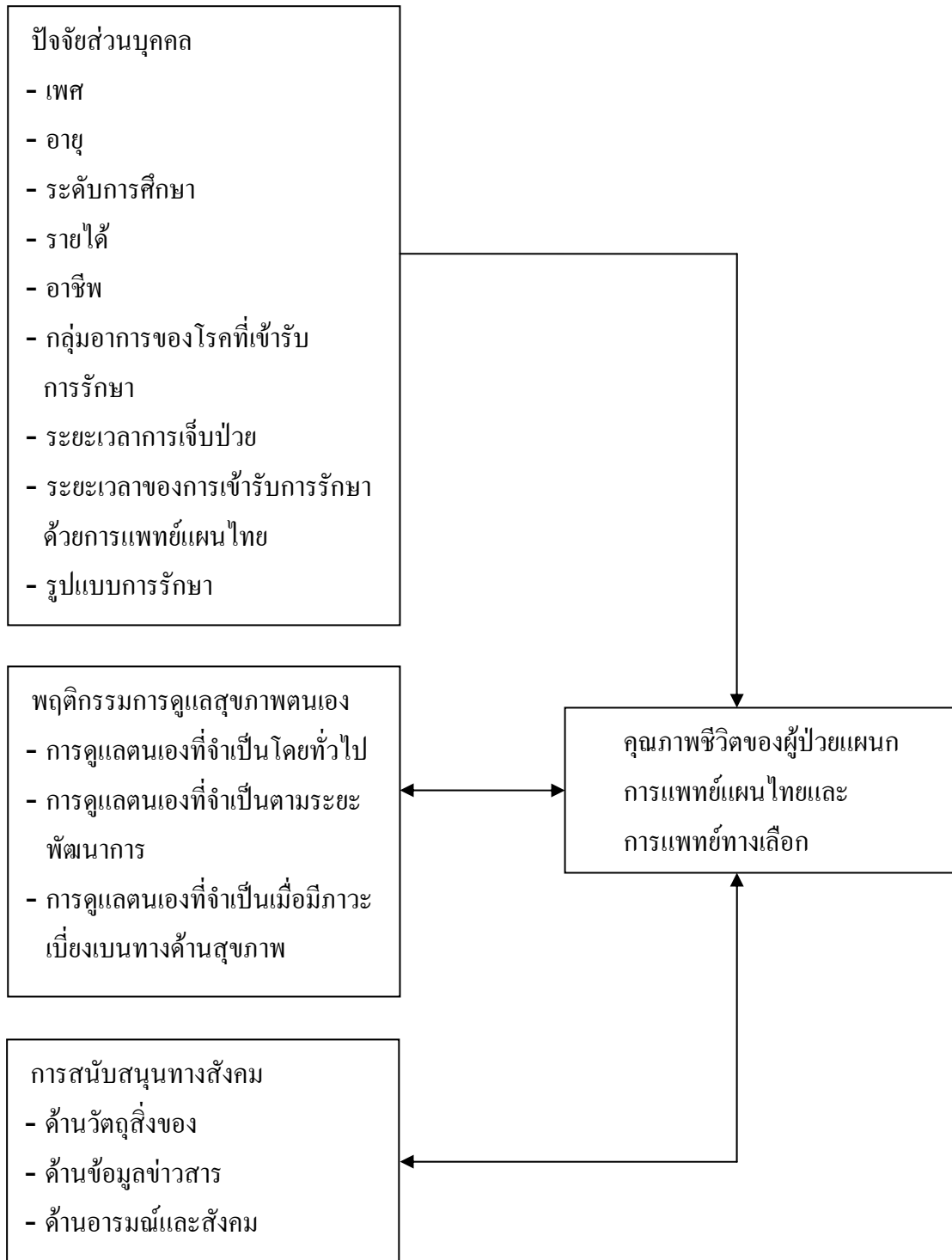
Song (2002) ได้ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้มีการมองเห็นเสื่อม ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้มีการมองเห็นเสื่อม จำนวน 65 คน จากผู้มีการมองเห็นเสื่อมที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจักษุ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลการสอนแห่งที่หนึ่ง ของมหาวิทยาลัย

แพทยศาสตร์แห่งภาคตะวันตกของจีนในกรุงฉินตู มณฑลเสฉวน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้มีการมองเห็นเสื่อมส่วนใหญ่ รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (47 คน) ระบุว่ามีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยรวม ($r = 0.705, p < 0.05$) และทั้งรายด้านความพึงพอใจในชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและ การทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นเดียวกัน

Suvinee (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปี จำนวน 591 คน ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะของผู้สูงอายุกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยพบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการทำงานและอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และถิ่นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลการทำนายตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุและระยะเวลาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัย กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงานและอาชีพ ระยะเวลาในการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ระยะเวลาในการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ระยะเวลาการประกอบกิจกรรมทางศาสนา และระยะเวลาในการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/สมาคมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่า ได้มีการศึกษา คุณภาพชีวิตในกลุ่มบุคคลต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศซึ่งเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แล้วแต่ผู้วิจัยจะนำแนวคิดทฤษฎีอะไรมาประยุกต์ในการวิจัย แต่ในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยเลือกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจากแนวคิดของ Orem (1995) แบ่งการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Thoist (1982 cited in Somchit Hanucharunkul, 1988: 47) ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือการสนับสนุนทางด้านวัตถุประสงค์ของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1. ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน แยกสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.7 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.8 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.9 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรูปแบบการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 3.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 3.2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่ 3.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากเป็นเดือนที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยมากที่สุด มีจำนวนประชากร 935 คน จากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2549 (แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2549)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของ Yamane' (1967) โดยใช้จำนวนผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเดือนกุมภาพันธ์ ปีงบประมาณ 2549 เป็นขนาดของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ .05

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{935}{1+935(.05)^2} \\
 &= \frac{935}{3.337} \\
 &= 280
 \end{aligned}$$

จากสูตรดังกล่าวคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 280 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจรายการ (Check List) และเติมข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Orem (1995) สร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Thoist (1982) สร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม ที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541) สร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การตรวจวัดและการให้คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การตรวจวัดและการให้คะแนนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยนำคำตอบจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทำการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ โดยแยกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบสอบถามมาตราประเมินค่า Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนนข้อความ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยได้ทำการปรับฐานคะแนนในแต่ละด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีฐานคะแนนเดียวกัน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{\text{จำนวนข้อ} \times \text{คะแนนเต็มรายข้อ}}{\text{จำนวนข้อ}}$$

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีจำนวน 10 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{10 \times 4}{10} = \frac{40}{10} = 4$$

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีจำนวน 7 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{7 \times 4}{7} = \frac{28}{7} = 4$$

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีจำนวน 7 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{7 \times 4}{7} = \frac{28}{7} = 4$$

เมื่อปรับฐานคะแนนให้เท่ากันแล้ว ผู้วิจัยได้นำคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดระดับค่าเฉลี่ยแบ่ง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้เกณฑ์แปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00- 2.00	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.01- 3.00	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

- 3.01- 4.00 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่
 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ
 พัฒนาการ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่
 จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามมาตราประเมินค่า Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย ไม่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนนข้อความ
มากที่สุด	4 คะแนน
มาก	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
ไม่เลย	1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ทำการปรับฐานคะแนนในแต่ละด้านของการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มีฐานคะแนนเดียวกัน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{\text{จำนวนข้อ} \times \text{คะแนนเต็มรายข้อ}}{\text{จำนวนข้อ}}$$

การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีจำนวน 5 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{5 \times 4}{5} = \frac{20}{5} = 4$$

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 5 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{5 \times 4}{5} = \frac{20}{5} = 4$$

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม มีจำนวน 13 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{13 \times 4}{13} = \frac{52}{13} = 4$$

เมื่อปรับฐานคะแนนให้เท่ากันแล้ว ผู้วิจัยได้นำคะแนน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดระดับค่าเฉลี่ยแบ่ง การสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้เกณฑ์แปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

ความหมาย

1.00- 2.00 มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับต่ำ

- 2.01- 3.00 มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.01- 4.00 มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามมาตราประเมินค่า Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนนข้อความ
มากที่สุด	4 คะแนน
มาก	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยได้ทำการปรับฐานคะแนนในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีฐานคะแนนเดียวกัน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{\text{จำนวนข้อ} \times \text{คะแนนเต็มรายข้อ}}{\text{จำนวนข้อ}}$$

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีจำนวน 6 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{6 \times 4}{6} = \frac{24}{6} = 4$$

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีจำนวน 6 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{6 \times 4}{6} = \frac{24}{6} = 4$$

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีจำนวน 8 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{8 \times 4}{8} = \frac{32}{8} = 4$$

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 7 ข้อ เมื่อปรับฐานคะแนน จะได้ค่าคะแนนเต็มเป็น 4 คะแนน ดังนี้

$$\text{คะแนนเต็ม} = \frac{7 \times 4}{7} = \frac{28}{7} = 4$$

เมื่อปรับฐานคะแนนให้เท่ากันแล้ว ผู้วิจัยได้นำคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนก การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดระดับค่าเฉลี่ยแบ่ง คุณภาพชีวิต เป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับต่ำ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตระดับสูง ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4-1}{3} = 1$$

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้เกณฑ์แปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00- 2.00	มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ
2.01- 3.00	มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง
3.01- 4.00	มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุมตาม วัตถุประสงค์และนิยามศัพท์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาเพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย นิยามศัพท์และถูกต้องตามเกณฑ์

3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม โดยนำข้อมูลมาสร้างเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยมีระดับการประเมิน 4 ระดับ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยได้รับการตรวจทานและแนะนำจากประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วปรับแก้ไขแบบสอบถามเพื่อนำไปทดลองใช้

5. ทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน

6. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามคำนวณหาความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมแต่ละด้าน (Item Test Correlation) หาความเชื่อมั่น (Reliability) รายด้าน และหาความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเที่ยงตรง

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Item Test Correlation) ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และหาความเชื่อมั่นรายด้านและทั้งฉบับ โดยการหา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α) ดังนี้

- 2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .889
- 2.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .802
- 2.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .862
- 2.1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .879
- 2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .946
- 2.2.1 ด้านวัตถุสิ่งของ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .870
- 2.2.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .763
- 2.2.3 ด้านอารมณ์และสังคม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .932
- 2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยรวมค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .940
- 2.3.1 ด้านร่างกาย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .841
- 2.3.2 ด้านจิตใจ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .822
- 2.3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .879
- 2.3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .871

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราชินบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพร้อมหนังสือชี้แจงงานวิจัย แจกให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยทำการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม
4. ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด
5. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามทั้งหมด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
6. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปบันทึกคะแนน โดยลงรหัส (Coding) บันทึกข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิจัยที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ การตรวจให้คะแนนของการตอบแบบสอบถามและบันทึกคะแนนแล้ว มาวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ร้อยละ (Percentage) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่าสถิติร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการกระจายของข้อมูล
3. ค่า t-test ใช้ทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม
4. ค่า F-test ใช้ทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรอิสระที่จำแนกตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป และทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD (Least Significant Difference)

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาค่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ อาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษา อธิบายรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(n = 280)		
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	29.6
หญิง	197	70.4
อายุ		
น้อยกว่า- 30 ปี	62	22.1
31 - 40 ปี	63	22.5
41 - 50 ปี	76	27.2
51 - 60 ปี	55	19.6
61 ปีขึ้นไป	24	8.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	11.1
มัธยมศึกษา	70	25.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	38	13.6
ปริญญาตรี	121	43.2
สูงกว่าปริญญาตรี	20	7.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่า 10,000 บาทลงมา	70	25.0
10,001 - 20,000 บาท	74	26.4
20,001 - 30,000 บาท	62	22.2
30,001 - 40,000 บาท	40	14.3
40,001 บาทขึ้นไป	34	12.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 280)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	6.1
เกษตรกรกรรม	13	4.6
รับจ้างทั่วไป	57	20.4
อาชีพส่วนตัวหรือค้าขาย	31	11.1
พนักงานองค์กรเอกชน	31	11.1
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	7.8
พนักงานหรือข้าราชการของรัฐ	109	38.9
กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา		
อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับศีรษะหรือลำคอ	37	13.2
อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับลำตัว	152	54.3
อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับแขนหรือขา	74	26.4
อาการเจ็บป่วยอื่นๆ	17	6.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1วัน – 1 ปี	163	58.2
1 ปี 1วัน – 2 ปี	49	17.5
2 ปี 1วันขึ้นไป	68	24.3
ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย		
1วัน – 1 ปี	204	72.9
1 ปี 1วัน – 2 ปี	35	12.5
2 ปี 1วันขึ้นไป	41	14.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 280)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รูปแบบการรักษา		
รักษาด้วยแพทย์แผนไทยอย่างเดียว	112	40.0
รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วย	168	60.0

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 นอกจากนั้นเป็นเพศชาย จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานหรือข้าราชการของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 38.9 กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับลำตัว ได้แก่ ไหล่ หลัง เอวหรือสะโพก คิดเป็นร้อยละ 54.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 วัน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.2 ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 วัน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.9 และรูปแบบการรักษา มีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 60.0 นอกจากนั้นรักษาด้วยแพทย์แผนไทยอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 40.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	3.06	.47	สูง
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	2.90	.55	ปานกลาง
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ	3.14	.56	สูง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม	3.03	.43	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ส่วนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(n = 280)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านวัตถุสิ่งของ	3.00	.64	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.84	.56	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และสังคม	3.11	.45	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.98	.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ส่วน ด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วย
แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(n = 280)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.10	.48	สูง
ด้านจิตใจ	3.23	.46	สูง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.24	.40	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.11	.47	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.17	.37	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งแยกสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามเพศ

(n = 280)					
เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	p
ชาย	83	3.20	.33	.99	.32
หญิง	197	3.16	.38		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.1

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามอายุ

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.62	.15	1.15	.34
ภายในกลุ่ม	275	36.91	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.2

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.31	.33	2.48*	.04
ภายในกลุ่ม	275	36.22	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1.3

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD พบความแตกต่าง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระดับการศึกษา

		(n = 280)					
ระดับการศึกษา		\bar{X}	ความแตกต่างค่าเฉลี่ยแต่ละคู่				
			1	2	3	4	5
1	ประถมศึกษา	2.99		**		**	
2	มัธยมศึกษา	3.20					
3	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3.12					
4	ปริญญาตรี	3.21					
5	สูงกว่าปริญญาตรี	3.13					

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 พบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาแตกต่างกับผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่ระดับ .01 และผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มี

การศึกษาระดับประถมศึกษา แตกต่างกับผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ระดับ .01 โดยที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกลุ่มอื่นๆ

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.90	.23	1.69	.15
ภายในกลุ่ม	275	36.62	.13		
รวม	279	37.53			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.4

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามอาชีพ

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	6	1.14	.19	1.43	.20
ภายในกลุ่ม	273	36.38	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.5

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.58	.19	1.45	.23
ภายในกลุ่ม	276	36.94	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.6

สมมติฐานที่ 1.7 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

(n = 280)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.88	.44	3.33*	.04
ภายในกลุ่ม	277	36.65	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1.7

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD พบความแตกต่างดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

		(n = 280)			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		\bar{X}	ความแตกต่างค่าเฉลี่ยแต่ละคู่		
			1	2	3
1	1วัน – 1 ปี	3.21			*
2	1 ปี 1วัน – 2 ปี	3.12			
3	2 ปี 1วันขึ้นไป	3.09			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1วัน – 1 ปี แตกต่างกับผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี 1วันขึ้นไป ที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 วัน – 1 ปี มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกลุ่มอื่นๆ

สมมติฐานที่ 1.8 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

(n = 280)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.73	.36	2.74	.07
ภายในกลุ่ม	277	36.80	.13		
รวม	279	37.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.8

สมมติฐานที่ 1.9 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรูปแบบการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกตามรูปแบบการรักษา

(n = 280)

รูปแบบการรักษา	จำนวน(คน)	\bar{X}	S.D.	t	p
รักษาด้วยแพทย์แผนไทยอย่างเดียว	112	3.22	.36	1.78	.08
รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วย	168	3.14	.37		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรูปแบบการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ปฏิเสธสมมติฐานที่ 1.9

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ตารางที่ 16 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและ รายด้านกับคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง	คุณภาพชีวิต									
	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม		โดยรวม	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ด้านการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไป	.273**	.000	.203**	.001	.195**	.001	.301**	.000	.302**	.000
ด้านการดูแลตนเอง ที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ	.201**	.001	.237**	.000	.242**	.000	.241**	.000	.283**	.000
ด้านการดูแลตนเอง ที่จำเป็นเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางด้าน สุขภาพ	.090	.132	.145*	.015	.182**	.002	.228**	.000	.197**	.001
โดยรวม	.225**	.000	.239**	.000	.255**	.000	.313**	.000	.318**	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 16 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

สมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ตารางที่ 17 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(n = 280)

การสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิต									
	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม		โดยรวม	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ด้านวัตถุประสงค์ของ	.199**	.000	.218**	.000	.293**	.000	.305**	.000	.310**	.000
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.201**	.000	.262**	.000	.254**	.000	.380**	.000	.338**	.000
ด้านอารมณ์และสังคม	.387**	.000	.492**	.000	.520**	.000	.501**	.000	.582**	.000
โดยรวม	.307**	.000	.377**	.000	.418**	.000	.470**	.000	.482**	.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 17 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ได้แก่ ด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์และสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อวิจารณ์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ในด้านจิตใจผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความรู้สึกพอใจในชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใส มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว ได้รับการยอมรับและเป็นที่รักใคร่ของเพื่อน ๆ และรู้สึกมีส่วนร่วมสำคัญต่อชุมชนได้ช่วยเหลือสังคม นอกจากนี้ยังรู้สึกพอใจกับการได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาลของรัฐ และด้านสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความรู้สึกพึงพอใจกับบ้านเรือนที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมโดยรวม โดยรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัยมีโอกาสดำรงชีพผ่อนคลายใจ ตลอดจนมีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูง

จากผลการวิจัยสอดคล้องงานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ร้อยละ 72.30 มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในทางที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในแต่ละวันเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และเมื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองรายด้านพบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีลักษณะการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมและถูกวิธี เช่นการรับประทานอาหารครบวันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ และมีการล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรู้ถึงสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองจึงมีการใส่ใจต่อสุขภาพตนเอง โดยการหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ หากความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ ไปรับการรักษาและปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่วนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีการศึกษาหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตามวัยและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมต่อสภาพร่างกายยังน้อยอยู่ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีการเข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกาย

อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณและสารอาหารเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายตามวัยของตนเอง

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัดมีความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และนิศากร เขียวรัตน์ (2548) ที่ศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเขต เทศบาลเมืองราชบุรี โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง นอกจากนั้นผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ งานวิจัยของกมลพรรณ หอมนาน (2548) ที่ศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดกระดูกและข้ออยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ ลัคนา อุษะสะอาด (2548) ที่ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ แหวดดาว ทวีชัย (2543) ที่ศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับปานกลาง และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรายด้าน คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบน สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางทั้งสามด้าน

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.98 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคมอยู่ใน ระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกมีการรับรู้ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนฝูงและสังคมในเรื่องการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ ความเห็นอกเห็น ใจ ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนการ สนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นสิ่ง ที่ต้องหาด้วยตนเองหากยังสามารถมีกำลังจะหาได้จะไม่พึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น การได้รับการ สนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.84 ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้าน สุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เดินทางไปให้ความรู้ในชุมชน หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนฝูง ยังไม่มากเท่าที่ควร แต่ผู้ป่วยสามารถค้นหาคำตอบในข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพได้จากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในชุมชน ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ หัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่งมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jiang (1999) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Song (2000) ที่ศึกษาสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้มีการมองเห็นเสื่อม พบว่าผู้ที่มีการมองเห็นเสื่อมส่วนใหญ่รับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วนิตา รัตนานนท์ (2545) ที่ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักณา อุษะอาด (2548) ที่ศึกษา พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมอยู่ในระดับสูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำแนกตามระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย รูปแบบการรักษาต่างกัันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

เพศ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหรือโรคคล้ายคลึงกัน ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยเหมือนกันหรือมีลักษณะคล้ายกันทั้งวิธีการรักษา การใช้ตัวยาสมุนไพร ส่งผลให้การรู้ถึงคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยได้สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เกื้อนวนงษ์ (2540) ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

อายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกถึงมีอายุแตกต่างกัน แต่ส่วนมากต่างก็มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูงส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะใกล้เคียงกันนั้น อาจเพราะว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมทางสังคม ลักษณะเศรษฐกิจและระบบสาธารณสุขในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายกันจึงทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า อายุไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุกดี ธีระศิลป์ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะช่วยให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะประกอบอาชีพที่ได้รับการยอมรับ มีรายได้สูงทำให้สามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการดำรงชีวิตตลอดจนสามารถใช้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้ดี จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวนงษ์ (2540) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาประจวบสมารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ และยุวดี ชีระศิลป์ (2547) ที่พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้เช่นกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ โดยได้รับสวัสดิการทางด้านสุขภาพจากรัฐบาล หรือสถานที่ทำงานที่ผู้ป่วยทำงานอยู่ ประกอบกับการใช้บริการการแพทย์แผนไทยมีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงมากนัก ทำให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา กุมารจันทร์ (2543) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่าปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยในครั้งนี้ปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่แน่นอน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของตนเอง ทำให้ไม่ว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกประกอบอาชีพใดคุณภาพชีวิตก็ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของจักรทอง อินทร์นอก (2540) ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต แต่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีอาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยในครั้งนี้ปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะอาการ คล้ายคลึงกัน กล่าวคือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยที่อวัยวะภายนอก ร่างกาย เช่น ศีรษะ ลำคอ ไหล่ เอว หัว สะโพก แขนและขา เป็นต้น และได้รับแนวทางการปฏิบัติและวิธีการรักษาที่มีความคล้ายคลึงกัน ประกอบกับผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตประกอบกิจวัตรประจำวันหรือประกอบอาชีพของตนเองได้ตามปกติ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เข้ารับรักษานานมีการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่

เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และรู้ถึงวิธีการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นจนสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หรือในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง อาจรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ที่จะต้องเข้มงวดในการเอาใจใส่กับสุขภาพ ไม่มั่นใจกับวิธีการรักษา ไม่รู้ว่าตนเองจะหายจากอาการเจ็บป่วยเมื่อไร รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต ทำให้รู้สึกถึงคุณภาพชีวิตลดลง แต่จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จรีนุช สมโชค (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญบา ดันดิศักดิ์ (2535) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอสแอลอี พบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรค เอสแอลอี มานานเท่าใดก็ตามจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่ว่าจะเข้ารับการรักษา ระยะเวลาสั้นหรือระยะเวลายาว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การนวด การอบ การประคบสมุนไพร ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้วิธีการต่างๆ นำมาปรับเข้ากับการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของนัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวาย พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

รูปแบบการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีรูปแบบการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยในครั้งนี้ปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทุกคนต่างก็ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยด้วยกันทั้งสิ้น อีกทั้งการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยสามารถดำเนินการรักษาควบคู่กันได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลได้เช่นกันผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูวดี ชีระศิลป์ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าวิธีการรักษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้าน (ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย กล่าวคือ เมื่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วนตามปริมาณ และสารอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามวัยและสมรรถภาพของร่างกาย การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเฝ้าระวังโรคภัยไข้เจ็บตลอดจน เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลให้อาการเจ็บป่วยต่างๆ และความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่เบาบางลงได้ ผลที่จะตามมาคือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางที่ดีขึ้น เชื่อมั่นว่าการรักษาและการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีจะสามารถควบคุมโรคได้ ความคาดหวังในทางบวกจะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ อาการและความรุนแรงของโรคก็จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปกติสุขดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีเป้าหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ทำการศึกษพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สัมพันธ์ทางบวกกับมีคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ยอมรับสมมติฐานที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีที่ Orem (1995) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่

บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ซึ่งในที่นี้ก็คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง

สมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้านทุกด้าน (ด้านวัตถุประสงค์ของด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์และสังคม) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาทิ การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ เช่น ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ยามขาดแคลน ด้านพาหนะในการเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ หรือการไปพบแพทย์ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมและค้นหาข้อมูลข่าวสารต่างๆหรือ ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ตัวผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ และนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม มีส่วนอย่างมากที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพราะเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เศร้า โศก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญอย่างมากที่จะสนับสนุนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu (1999) ที่ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต พบว่า สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cai (2002) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง

สังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลองเสียง พบว่า สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลองเสียง

ตารางที่ 18 สรุปผลการทดลองสมมติฐานที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่		คุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	คุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน
1	1.1 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีเพศต่างกัน		✓
	1.2 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอายุต่างกัน		✓
	1.3 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	✓	
	1.4 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่างกัน		✓
	1.5 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีอาชีพต่างกัน		✓
	1.6 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีกลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับ การรักษาต่างกัน		✓
	1.7 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้วยโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาต่างกัน	✓	
	1.8 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาของการเข้ารับการ รักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยต่างกัน		✓
	1.9 ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีรูปแบบการรักษาต่างกัน		✓

ตารางที่ 19 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 และ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย
 และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สมมติฐานที่	ยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้
2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร	✓ (ยกเว้น ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย)
3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร	✓

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ศึกษากรณี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคม และ
ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนก
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนก
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
จำนวน 280 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจรายการ (Check List) และเติมข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรค ที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมตนเอง ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 นอกจากนั้นเป็นเพศชาย จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานหรือข้าราชการของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 38.9 กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาส่งส่วนใหญ่เป็นอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับลำตัว ได้แก่ ไหล่ หลัง เอวหรือสะโพก คิดเป็นร้อยละ 54.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 วัน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.2 ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 วัน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.9 และรูปแบบการรักษาส่วนใหญ่มีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 60.0

2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้านนั้น ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ส่วนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90

3. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านนั้น ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 และ ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

4. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านนั้นผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน

5.1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1.3 และผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 1.7

5.2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีเพศอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ กลุ่มอาการของโรคที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และรูปแบบการรักษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 1.8 และ 1.9

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม, ด้านสิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 2 ยกเว้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้านทุก

ด้าน (ด้านวัตถุประสงค์ของ, ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์และสังคม) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 3

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และยังทราบถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการทำความเข้าใจถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบายในการปรับปรุงส่งเสริมให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นจึงควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวและร่วมประสานงานกันอย่างจริงจังในการปรับเปลี่ยน แก้ไข หรือส่งเสริม เพื่อให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีโอกาสรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีโดย จัดโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐานขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยทำการสอนผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยในการสอนควรมีคู่มือเอกสารหรือสื่อทัศนูปกรณ์ประกอบการสอน รวมทั้งจัดวิธีการสอนที่เหมาะสม ชัดเจน เข้าใจง่ายตามระดับการศึกษาและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สร้างแนวทางและทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับ ภายหลังจากการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นควรบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากอาการ

เจ็บป่วยโดยเร็วที่สุดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษานานเรียนรู้วิธีการปรับตัวให้เข้ากับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเป็นปกติ จะทำให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีแม้อยู่ในสภาพที่เจ็บป่วย และจัดบุคคลกรสำหรับทำหน้าที่ที่ประเมินความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำแนะนำและติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ปฏิบัติตนสอดคล้องกับระยะเวลาการเจ็บป่วย ตลอดจนจัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติตัว กิจกรรมต่าง ๆ หรือพฤติกรรมดูแลตนเองต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองอันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าด้านอื่นคืออยู่ระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการให้สูงขึ้น โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย การรับประทานอาหารเสริมที่จำเป็น การออกกำลังกายตามสภาพและความเหมาะสมของร่างกายแต่ละวัย และควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่เสมอ ซึ่งเมื่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูงด้วย

4. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงควรส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น โดยเฉพาะด้านวัตถุสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมทั้งสองด้านดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางโดยส่งเสริมสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งเพื่อนฝูงให้การสนับสนุนผู้ป่วยในด้านสิ่งของเครื่องใช้ เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มตลอดจนแบ่งเบาภาระงาน จะทำให้ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรู้ถึงความรัก การดูแลเอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหรืออาการที่เจ็บป่วยอยู่ เพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคหรืออาการที่เจ็บป่วยอยู่ได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูงด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปรับตัว ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้นหรือเปลี่ยนรูปแบบการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล กรณีศึกษา หรือการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเชิงลึกได้
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยการสร้าง โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป
4. สามารถศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานที่หรือหน่วยงานอื่นที่มีบริการการแพทย์แผนไทยในลักษณะเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอันจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กมลพรรณ หอมนาน. 2548. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บทบาทของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกและข้อ.” วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 2 (1): 12-21.
- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. 2548. รายงานการวิจัย การศึกษาสภาพตำราทางการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย. 2547. รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กันยรัตน์ อุบลวรรณ. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ. 2542. การใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9.
- จรีนุช สมโชค. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จักรฤษณ์ พิญาพวงษ์. 2541. “รูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดอุดรดิตถ์.” วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 16 (1).
- จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. 2548. “การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ.” ใน สุชาติ โสมประยูร และ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (บรรณาธิการ). **สุขภาพเพื่อชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. 2546. **ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. 2540. **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวลัย ไจอารีย์. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวามเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพินทร์ พัชราณรงค์. 2548. **สังคมวิทยาการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- นธีรัตน์ ธรรมโรจน์. 2545. “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับแนวคิดสุขภาพ.” 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี: โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และ นิสากร เขวรัตน์. 2548. “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมืองราชบุรี.” วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 17 (1): 1-13.

- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2535. “จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข.” เอกสารประกอบการสอน ชุดสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บุญบา ดันดีศักดิ์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี เสนีย์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนื่อยตนเอง พฤติกรรมเผชิญเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปีทมาวดี กสิกรรม. 2545. “สุขภาพทางเลือก.” 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี: โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. 2536. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แผนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2549. รายงานรายงานการปฏิบัติงาน งานบริการคลินิกแพทย์แผนไทย.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. 2538. “การแพทย์แผนไทย: การแพทย์แบบองค์รวม.” คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. 2539. คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และ คณะ. 2540. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขของรัฐ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. ม.ป.ป. สมุนไพรอภัยภูเบศร. ปราจีนบุรี: ม.ป.ท.

_____. 2549. มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(Online). www.abhaiherb.com, 8 สิงหาคม 2549.

ยุวดี ธีระศิลป์. 2547. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวภา บุญเที่ยง. 2545. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

ลัดดา อุษะอาด. 2548. “ปัจจัยทางจิตวิทยาที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม.” วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 17 (1): 29-44.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณภา กุมารจันทร์. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วนิดา รัตนานนท์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิริยา เชื้อดี และ คณะ. 2549. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 50 (4): 356-364.
- แหวดดาว ทวีชัย. 2543. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอกเพชร และ คณะ. 2535. รายงานการวิจัยเรื่อง ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. 2535. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2539. คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. ใน เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (บรรณาธิการ). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. 2542. ชุดนิทรรศการ การแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. ใน ปรีชาน หล่อเลิศวิทย์. (บรรณาธิการ). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541**. กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม.” ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิเจ พรินต์ติ้ง. อ้างถึง Gast, Denyes, J. and Campbell, J. et al. 1989. “Self- care agency: Conceptualizations and Operationalization.” **Advances in Nursing Science** 12(1): 26-38.

_____. 2543. “การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม.” ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). **การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วิเจ พรินต์ติ้ง.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **การสาธารณสุขไทย 2544-2547**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ, บังอร ลำลี, และ รัตนาภรณ์ สิริวัฒน์ชัยพร,. 2540. “กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล.” ใน เรณู สอนเครือ. (บรรณาธิการ). **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาพค์ จันทวานิช และ วิศนี สิตตระกูล. 2541. “การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ.” ใน อนุชาติ พวงลำลี และ อรทัย อาจน้า. (บรรณาธิการ). **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สวก.).

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ คณะ. 2541. “การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด.” **วารสารกรมสุขภาพจิต** 5 (3): 4-15.

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2545. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ค่านสุทธาการพิมพ์.

อรุณพร อัฐรัตน์ และ วีรพัฒน์ เกษธรรมทัตต. 2538. “ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องหรือแยกออกจากกัน.” การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวง นราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบนักษัตร เรื่อง การแพทย์วัฒนธรรม และจริยธรรม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีรัฐ ภิรมย์ธรรมศิริ. 2534. รายงานการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจ: ตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยพายัพ. (อัคราณา). อ้างถึง อัจฉรา นวจินดา และ กาญจนา ลุคนันท์. 2548. “ปัจจัยทางครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพ.” ใน สุขชาติ โสมประยูร และ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (บรรณาธิการ). สุขภาพเพื่อชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. “การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข.” ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

Cai Yimin. 2002. **Social Support and Quality of Life among Laryngectomy Patients.** Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.

Cobb, S. 1976. “Social Support as A Moderate of Life Stress.” **Psychosomatic Medicine** 38 (September/October 1976): 300-314.

_____. 1979. “Social Support and Health Through the Life Course.” In M.W. Riley. (ed.). In **Aging From Birth to Death.** New York: Westvies Press, pp. 93-106.

Cohen, S., and L. Syme (eds.). 1985. **Social Support and Health.** n.p.

- Cooley, M.E. 1998. "Quality of Life in Person with Non-Small Cell Lung Cancer: A Concept Analysis." **Cancer Nursing** 21 (3): 151-161.
- Ferrans, C.E. 1997. "Development of A Conceptual Model of Quality of Life." In A.G.Gift. (ed.). **Clarifying Concepts in Nursing Research**. New York: Springer, pp. 110-121.
- Ferrell, B.R. 1996. "The Quality of Life: 1525 Voices of Cancer." **Oncology Nursing Forum** 23 (6): 909-916.
- Frank-Stromberg, M. 1984. "Selecting an Instrument to Measure Quality of Life." **Oncology Nursing Forum** 11 (5): 88-91.
- Germov, John. 2002. **Second Opinion: An Introduction to Health Sociology**. Victoria Australia: Oxford University Press.
- Gotteib, B.H. 1985. **Social Support Strategies Guidelines for Mental Health Practice**. Beverly Hill, California: SAGE Publications.
- Hill, L., and Smith, N. (eds.). 1987. "Self-care." **American Journal of Nursing** 79 (3): 486-489.
- House, J.S. 1981. "Work Stress and Social Support." **Reading**. MA: Addison-Wesley.
- Jiang Xiaolian. 1999. **Family Social Support and Self-Care Behaviors among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients**. Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.
- King, C.R. et al. 1997. "Quality of Life and The Cancer Experience: The State-of-The-Knowledge." **Oncology Nursing Forum** 24 (1): 27-41.
- Levin, Bernard. 1984. **Impression for Complete Dentures**. Chicago: Quintessence.

Li, Xiaoying. 1999. **Family Social Support and Self-Care Ability among Stroke Survivors.**

Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.

Liu, Ming. 1999. **Social Support and Quality of Life among Renal Transplant Patients.**

Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.

Mast, M.E. 1995. "Definition and Measurement of Quality of Life in Oncology Nursing

Research: Review and Theoretical Implication." **Oncology Nursing Forum** 35 (6): 334-338.

Orem, D.E. 1995. **Nursing Concepts of Practice. 5th ed.** Missouri, USA: Mosby St. Louise.

Pender, N.J. 2002. **Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed.** New Jersey: Pearson

Education.

_____. 2006. **Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed.** New Jersey: Pearson

Education.

Song, Jinping. 2000. **Family Support and Quality of Life Among Visual Impaired Persons.**

Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.

Stansfeld, S.A. 2000. "Social Support and Social Cohesion." In Michael Marmot and Richard

Marmot Richard G. Wilkinson. (eds.). **Social Determinants of Health.** Oxford:

Oxford University Press.

Suvinee Wivatvanit. 2002. **The Relationship between the Duration of Health Behavior and**

Quality of Life of the Elderly. Doctor of Philosophy in Demography, Mahidol

University.

Taylor, S.E. 2003. **Health Psychology.** Los Angeles, USA: Mc Grow Hill.

- Thoists, P.A. 1982. "Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as A Buffer Against Life Stress." **Journal of Health and Social Behavior** 23 (June 1982): 145-159. cited in Somchit Hanucharurnkul. 1988. **Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand.** Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.
- Weiss, R. 1974. "The provision of social relationships." In Z. Rubin and Englewood Cliffs. (eds.). **Doing Undo Others.** New Jursy: Prantice-Hell, pp. 17-26.
- Yamane, Taro. 1973. **Statistics : an Introductory Analysis.** 3 ed. New York: Harper.
- Zhan, L. 1992. "Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues." **Journal of Advanced Nursing** 17 (7): 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การแพทย์ดั้งเดิมของไทยมีมาช้านานแล้ว ตั้งแต่ก่อนพุทธกาล แต่เมื่อมีศาสนาพุทธเข้ามา มีบทบาทต่อการดำรงชีวิต และความเป็นอยู่ของคนไทย ศาสนา ก็มีบทบาทในปรัชญาทุก ๆ เรื่อง รวมถึงเรื่องของการเจ็บไข้ได้ป่วย ศาสนาพุทธก็ได้ อ้างถึงมหาภูมิจุด 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ดังนั้นเมื่อมีหลักแนวคิดจากพุทธศาสนาก็จะผสมผสานกลมกลืน กับความเป็นอยู่ ความเชื่อ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาตนในท้องถิ่น ดังนั้นจึงไม่อาจปฏิเสธแนวความคิดพื้นฐาน (Basic Concept) ของการแพทย์แผนไทยว่ามาจากอินเดีย แต่ไทยเรามีได้นำมาทั้งหมด การแพทย์แผนไทยก็ยังคงเป็นการแพทย์ท้องถิ่นของไทยเหมือนเดิม แต่ได้มาผสมผสานตามหลักพุทธศาสนาจนกลายเป็นของตนเอง และเมื่อมีการติดต่อค้าขายกับต่างชาติ เช่น ชาวจีน อินเดีย หรือ มิชชันนารีต่างๆ ก็เกิดการผสมผสานการพัฒนาเพื่อให้มีหลักและเหตุผลของการแพทย์ที่อธิบายได้ นอกจากนี้ ขบวนการรักษาก็ยังมีการผสมผสานกับความเชื่อถือและวิถีชีวิตของคนไทยในเรื่องภูติ พิศาจ เทวดา กฎแห่งกรรม จึงมีการเช่นไหว้ประกอบกับการรักษาหรือเชื่อเรื่องของทฤษฎีการเกิดสมดุคของร่างกายว่าร่างกายในสภาวะที่ปกติมีความสมดุลย์ ของธาตุ ดิน น้ำ ลม ไฟ (เหมือนมหาภูมิ 4 ของทางศาสนาพุทธ) ถ้าร่างกายเกิดโรคภัยจะมีสาเหตุมาจากธาตุพิการ ธาตุหย่อน ธาตุกำเริบ หรือ การเชื่อเรื่องของการนวดเป็นการคลายจุด ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น จนกลายเป็นทำฤาษีตัดตนขึ้นมาเพื่อคลายปัญหาการปวดเมื่อย เป็นต้น

การแพทย์แผนไทย มีประวัติการพัฒนาเป็นลำดับ ดังนี้ (อรุณพร อธิรัตน์ และ วิรพัฒน์ เกษธรรมทัศน์, 2538; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2539; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542)

ยุคก่อนสุโขทัย จากศิลาจารึกของ อาณาจักรขอมได้จารึกไว้ ประมาณ พ.ศ. 1725-1729 พระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ทรงบำเพ็ญพระราชกุศลตามความเชื่อในพระพุทธศาสนา โดยได้รวบรวมหมอพื้นบ้านจัดตั้งเป็นสร้างสถานพยาบาล เรียกว่า อโรคยาศาลา ขึ้นจำนวน 102 แห่งใน ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ซึ่งกำหนดผู้มีหน้าที่รักษาพยาบาลโดยชัดเจน มีคนในพื้นที่เป็นหัวหน้า มีหมอ 2 คน พยาบาล 2 คน มีเภสัชและผู้จดสัทธิ ผู้ปรุงอาหารและยา รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 92 คน และมีพิธีกรรมบวงสรวงพระไภสัชคुरुไวฑูรย์ประภาตามความเชื่อของทางศาสนาพุทธ ลัทธิมหายาน ซึ่งปัจจุบันที่คงเหลือให้เห็นถึงอโรคยาศาลาคือ คูบ้านเขวา จังหวัดมหาสารคาม

สมัยสุโขทัย จากศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงได้ทรงสร้างสวนสมุนไพร ขนาดใหญ่บนเขาหลวง หรือเขาสรรพยา เพื่อให้ราษฎรได้เก็บสมุนไพรมาใช้ในยามเจ็บป่วย ปัจจุบันภูเขาดังกล่าว

อยู่ในอำเภอ คีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ในยุคนี้ศาสนาพุทธลัทธิหินยานมีบทบาทมากพระภิกษุนิยม รุดงค์ และศูนย์รวมวัฒนธรรม การศึกษา อยู่ที่วัด เชื่อว่าพระภิกษุยุคนี้มีความรู้รักษาตนเองด้วย สมุนไพร และช่วยเหลือแนะนำ ประชาชนด้วย

สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์จะมีลักษณะผสมผสานปรับประยุกต์ความรู้จากการแพทย์ พื้นบ้านทั่วราชอาณาจักรผสมกลมกลืนกับความเชื่อตามปรัชญาแนวพุทธ รวมถึงความเชื่อทาง ไสยศาสตร์ และโหราศาสตร์ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของชุมชน แนวคิดหลักของการแพทย์แผน ไทยมีเป้าหมายที่สถานะสมดุลของธาตุ 4 อันเป็นองค์ประกอบของชีวิต คือ ธาตุ ดิน น้ำ ลม ไฟ ผู้ที่ จะเป็นแพทย์ได้ต้องมีวัตรปฏิบัติที่งดงามทุกด้านด้วยความกตัญญูรู้คุณครูบาอาจารย์ ซึ่งครุตั้งเดิม ของการแพทย์แผนไทย คือ พระฤๅษี ในสมัยพระนารายณ์พบบันทึกว่า มีระบบการจัดหายาที่ ชัดเจนสำหรับประชาชน มีแหล่งจำหน่ายยาและสมุนไพรหลายแห่ง ทั้งในและนอกกำแพงเมือง มี การรวบรวมตำรายาต่าง ๆ เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ เรียกว่า ตำราโอสถพระนารายณ์ การแพทย์แผนไทยในสมัยนี้รุ่งเรืองมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนวดไทย ที่หน้าจะมีวิวัฒนาการมา จากการนวดพื้นบ้านจนพัฒนาเป็นการนวดแบบราชสำนัก และในสมัยนี้การแพทย์ตะวันตกเข้ามามี บทบาท ฝรั่งเศสแรกที่เข้ามาคือ โปรตุเกส ได้มาเอาตำรับยาที่ได้ตกทอดมาก็คือ ตำรับจี๋ฝั้งไต้แผล ชาติต่อมาคือฝรั่งเศส เข้ามาในสมัยพระนารายณ์มหาราช และได้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้น แต่ก็ขาด ความนิยม จากคนไทยจนล้มเลิกไป และในระหว่างเสียกรุงให้พม่า เชื่อว่าพม่าได้นำเอาคัมภีร์ และ ตำราต่าง ๆ กลับไปด้วยโดยมิได้เผาทำลายไปหมดดังที่เข้าใจกันเพราะมีบันทึกที่กล่าวไว้ว่าพม่าได้ ให้มิชชันนารี แก้วฟ้าแล้วเอาคัมภีร์เทินศิระชะไว้ขณะถูกกวาดต้อน ไปยังพม่า ซึ่งเชื่อว่าหมอยาไทยคง ถูกกระทำแบบเดียวกัน อีกทั้งภาษาที่เขียนก็มีความคล้ายคลึงกัน จึงเชื่อว่าแม่ไทยจะถูกทำลายโดย พม่าถึง 2 ครั้งก็ได้ทำให้คัมภีร์ตำราด้านการแพทย์แผนไทยสูญหายไปหมดสิ้นดังนั้นเมื่อมีการ กอบกู้เอกราชขึ้นมา จึงสามารถรวบรวมคัมภีร์ต่าง ๆ ได้โดยง่าย

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (รัชกาลที่ 1) ได้ ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธาราม หรือวัดโพธิ์ ให้เป็นอารามหลวง ให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลา ราม และทรงให้รวบรวมและจารึกตำรายาและฤๅษีคัดตน และตำรานวดไทยไว้ตามศาลารายสำหรับการ จัดหายาของทางราชการมีการจัดตั้งกรมหมอ โรงพระโอสถคล้ายคลึงกับสมัยอยุธยาผู้ที่รับ ราชการเรียกว่า หมอหลวง ส่วนหมอที่รักษาประชาชนทั่วไปเรียกว่า หมอราษฎร หรือหมอเขลย ศักดิ์

พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (รัชกาลที่ 2) ทรงเห็นว่าคัมภีร์แพทย์ ณ โรงพระโอสถ สมัยอยุธยาสูญหายไป จึงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้ชำนาญลักษณะโรค และสรรพคุณยา รวมทั้งผู้มีตำรายาดี ๆ นำเข้ามาทูลเกล้าถวายให้กรมหมอลวง คัดเลือกและจดเป็นตำราหลวง สำหรับโรงพระโอสถ

สมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนอีกครั้ง โปรดเกล้าฯ ให้จารึกยาประดับไว้ตามผนังโบสถ์ ศาลารายในบริเวณศาลาริกนี้ เป็นตำราบอกสมมติฐานของโรคและวิธีการรักษา และได้จัดหาต้นสมุนไพรที่ใช้ปรุงยา มาปลูกไว้ในวัด เป็นจำนวนมาก นับเป็นการจัดการศึกษาให้แก่ประชาชนอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีได้จำกัดอยู่เพียงในวงศ์ตระกูลเหมือนแต่ก่อน นอกจากนี้ยังรับสั่งให้บูรณปฏิสังขรณ์วัดราชโอรสารามและจารึกตำราไว้ในแผ่นศิลาตามสระเบียงพระวิหาร รัชสมัยนี้การแพทย์แผนตะวันตก เข้ามาเผยแพร่โดยคณะมิชชันนารีชาวอเมริกัน โดยการนำของนายแพทย์ แคน บีช บรัคเลย์ หรือ ชาวไทยเรียกหมอ บลัคเลย์ ได้นำวิธีการของการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้ เช่น การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การใช้ยาเม็ดควินินรักษาโรคไข้จับสั่น การบำบัดทางสูติกรรม และได้เริ่มเปิดโอสถศาลาขึ้น เพื่อรักษาคนไข้เมื่อ วันที่ 30 ตุลาคม 2375 ซึ่งถือได้ว่าเป็น วันเกิดสาธารณสุขชนเกิดขึ้นอย่างมีระบบเป็นครั้งแรก นอกจากนี้ นายแพทย์ แซมมวล เรย์โนลด์ เอส์ หรือคนไทยเรียกว่า หมอเหา ได้นำ อีเทอร์มาใช้เป็น ยาสลบในการผ่าตัดเป็นครั้งแรก พร้อมทั้งตั้งโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันคือ โรงพยาบาลมิชชัน ในสมัยนี้นับว่าเป็นสมัยที่มีวิวัฒนาการทางการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทยควบคู่กันไป

สมัยสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) ได้นำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น เช่น การสูติกรรมสมัยใหม่ แต่ก็ไม่สามารถให้ประชาชนเปลี่ยนความนิยมได้ เพราะการรักษาพยาบาลไทย เป็นจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมา และเป็นวิถีของไทย

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ได้มีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้นและมีการเรียนการสอน และการให้การรักษาทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกร่วมกัน หลักสูตร 3 ปี มีการพิมพ์ตำราแพทย์ สำหรับใช้ในโรงเรียนแพทย์เป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2438 ชื่อตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-4 ต่อมา พ.ศ. 2450 ได้รับการยกย่องให้เป็นตำราแห่งชาติฉบับแรก พระยาพิชญประสาทเวช (หมอลอง) เห็นว่าตำราเหล่านี้ยากแก่ผู้ศึกษา จึงพิมพ์ขึ้นมาใหม่ ได้แก่ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง 2 เล่ม และตำราแพทย์ศาสตร์สังเขป 3 เล่ม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงใช้มาจนทุกวันนี้ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน การบริการทางการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์แผนตะวันตก ร่วกันเป็นไปด้วยความยาก ลำบาก และ

ขัดแย้งระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเป็นอย่างมาก ด้วยแนวคิดนี้และวิธีการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ทำให้ยากที่จะ ผสมผสานกันได้

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 6) ปี พ.ศ. 2456 ได้สั่งให้ยกเลิก วิชาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2466 ประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อเป็นการควบคุมการ ประกอบโรคศิลป์ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับประชาชนอันเนื่องมาจาก การประกอบกรของ ผู้ที่ไม่มีความรู้และมีได้ฝึกหัดด้วยความไม่พร้อมในด้านการเรียนการสอน และการประชาสัมพันธ์ ทำให้หมอพื้นบ้านจำนวนมากกลัวถูกจับจึงเลิกประกอบอาชีพนี้ บ้างก็เอาตำราทิ้ง จะมีแพทย์แผน โบราณเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถปฏิบัติได้ตามดังกล่าว นับเป็นทั้งข้อดีและข้อเสียอย่าง มาก นอกจากนี้พระราชบัญญัตินี้ยังให้คำจำกัดความว่าแพทย์แผนโบราณว่าเป็นผู้ที่ประกอบ โรคศิลป์ โดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญล้วนได้บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ โดยมิได้กำหนดตามหลักวิทยาศาสตร์ จากข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การแพทย์แผนไทยหยุดนิ่งอยู่กับ ที่ ไม่อาจใช้ความรู้ และเทคโนโลยีใหม่ ๆ พัฒนาขึ้นให้มีความ ก้าวหน้าต่อไป ซึ่งตรงกันข้ามกับ การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นผู้ประกอบ โรคศิลป์โดยความรู้จากตำราที่เป็นหลัก วิชา โดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและเจริญขึ้น โดยอาศัยการศึกษา ตรวจสอบและทดลองของผู้รู้ในทาง วิทยาศาสตร์ทั่วโลก และเมื่อ ถึงสมัยรัชกาลที่ 7 รัฐก็ยังประกาศยกเลิกการผลิตยาแผนไทยใน ประเทศ 10 ขนาน และสมัยรัชกาลที่ 8 ได้มีนโยบายเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย สมุนไพร ให้มีการตรวจ ค้นหาความรู้เรื่องสรรพคุณยาและสมุนไพร เพื่อคัดแปลงมาเป็นยาแผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากภาวะ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เกิดภาวะขาดแคลนยามาก ดังนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นของวงการแพทย์แผน ไทยมาใช้ในระบบตะวันตกอย่างจริงจัง โดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรม และ กระทรวงสาธารณสุขผลิตยาสมุนไพรมาเป็นยารักษาโรค พอถึงรัชกาลปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2500 สมาคมของ โรงเรียนแพทย์แผน โบราณได้ก่อตั้งที่วัดโพธิ์ กรุงเทพฯ นับตั้งแต่นั้นมาโรงเรียนแพทย์ แผนโบราณก็ได้แตกสาขาออกไป ปัจจุบันมีโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่มีการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่องอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ปี พ.ศ. 2526 ศาสตราจารย์นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ แพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างดีได้ ก่อตั้งมูลนิธิฟื้นฟูการแพทย์ไทยเดิมขึ้นและเริ่มก่อตั้งอายุเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) ในโอกาส ต่อมา อายุเวทวิทยาลัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่จบการศึกษาสามารถรักษาแบบแผนไทย และแผนตะวันตก เบื้องต้นได้ อีกทั้งสามารถรับและส่งต่อ ผู้ป่วยกับนายแพทย์แผนปัจจุบัน บุคคลที่จะมาศึกษาจะต้อง มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ต่อมาปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผน ไทยขึ้นอย่างเป็นทางการ เพื่อวัตถุประสงค์เป็นศูนย์กลางการพัฒนา การประสานงานสนับสนุน ร่วมมือ ด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า

การแพทย์แผนไทย มีประวัติการยอมรับแต่ละยุคแต่ละสมัยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ
อย่างมาประกอบกัน

ภาคผนวก ข

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในครั้งนี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในแผนกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการผสมผสานการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยมีประวัติความเป็นมาและรูปแบบการทำการรักษาและการให้บริการด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย พอสรุปได้ดังนี้

ประวัติความเป็นมาของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เปิดทำการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2484 เป็น 1 ใน 19 โรงพยาบาลประจำจังหวัดยุคแรกของประเทศไทย เดิมใช้ชื่อว่า โรงพยาบาลปราจีนบุรี ต่อมาได้มีการเปลี่ยนเป็น “โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร” เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2509 ตามชื่อหอผู้ป่วยหลังแรก คือ ตึกเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งสร้างโดยเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (ชุ่ม อภัยวงศ์) ตึกหลังนี้มีคุณค่าทั้งความงามด้านสถาปัตยกรรมและทางประวัติศาสตร์ ในปัจจุบันตึกหลังนี้ใช้เป็นที่จัดแสดงพิพิธภัณฑ์การแพทย์ไทยอภัยภูเบศร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีฐานะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับสูง คือ ระดับตติยภูมิ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์ทั่ว ๆ ไป แต่สิ่งที่โรงพยาบาลแห่งนี้แตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์ที่อื่น ๆ ในประเทศนั้น คือ มีการผสมผสานการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล

การพัฒนางานสมุนไพรอภัยภูเบศรแบ่งได้เป็น 3 ยุค คือ (มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, มปป.)

ยุคแรก : ยุคส่งเสริมการพึ่งตนเองและสืบทอดภูมิปัญญาไทย

นับแต่ปี 2526 เป็นต้นมา โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง โดยเข้าไปส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองในชุมชน ซึ่งทำให้ทราบว่าภูมิปัญญาในการใช้ประโยชน์จากพรรณพืชมากมายที่สะสมกันมาหลายชั่วอายุคนในชุมชน ดังนั้นเภสัชกรในโรงพยาบาล จึงได้เข้าไปเรียนรู้ภูมิปัญญาเหล่านั้นสะสมข้อมูล และนำวิจัยพัฒนาเป็นยาขึ้นใช้ในโรงพยาบาล

ยุคที่สอง : ยุคพัฒนาสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจชุมชน

ในปี 2540 - 2541 ประเทศไทยเกิดวิกฤติเศรษฐกิจโรงพยาบาล จึงได้นำภูมิปัญญาที่ได้เก็บรวบรวมไว้และสมุนไพรจากชุมชน มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ เพื่อช่วยเศรษฐกิจชุมชน โดยขยายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จากที่มีเฉพาะยาให้ครอบคลุมถึง อาหารเสริม เครื่องสำอาง และเครื่องคั้น จากการพัฒนาสมุนไพรของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้จุดประกายให้ผู้คนในสังคมเห็นคุณค่าของการพัฒนาสมุนไพร บนพื้นฐานภูมิปัญญาและวิชาการสมัยใหม่

ยุคที่สาม : พัฒนาสมุนไพรสู่สากล

จากการพัฒนาการผลิตอย่างต่อเนื่อง การควบคุมคุณภาพ โดยยึดมาตรฐานสากลเป็นแนวทางในการพัฒนา ทำให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอภัยภูเบศร ได้รับความสนใจจากต่างประเทศ ต่อเนื่องแต่จากกฎระเบียบทางราชการทำให้โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ไม่สามารถขอขึ้นทะเบียนตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ ทางโรงพยาบาล จึงได้จัดตั้งมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรขึ้น โดยแบ่งภาระกิจหลักของมูลนิธิฯ เป็น 2 ฝ่ายคือ ฝ่ายกิจกรรมของโรงพยาบาล และ ฝ่ายพัฒนาภูมิปัญญาไทย โดยฝ่ายพัฒนาภูมิปัญญาไทยมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งรวมการวิจัยและพัฒนาด้าน โรงงานผลิตและด้านการตลาดโดยรายได้ร้อยละ 70 มอบเป็นค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล อีกร้อยละ 30 นำมาพัฒนาสมุนไพรและทำประโยชน์ให้สังคม

การแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

การแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ด้วย บุคลากรเริ่มต้นเพียง 4 คน ห้องนวดที่ประกอบด้วย 2 เตียงและตู้อบสมุนไพร 5 ตู้ และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การจัดและตกแต่งสถานที่จนสามารถให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ และความหลากหลาย อย่างเช่น ในปัจจุบันเรามีเป้าหมายของการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย เพราะต้องการให้มีสถานบริการทางแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านการบริการครบถ้วนทุกมิติด้านสุขภาพ ได้แก่ การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย เกิดการให้บริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทย ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและยังช่วยสร้างงานสร้างศักดิ์ศรีให้กับคนในชุมชนได้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังเอื้อให้เกิดการวิจัยทางการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ฝึกอบรมหมอนวดไทย รวมทั้งการให้บริการทั่วรัฐสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวที่สนใจด้านสุขภาพ

การดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทย และการให้บริการทั่วรัฐสุขภาพ มีครบทุกมิติทั้งมิติในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และมีความชำนาญในการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบมีอาชีพสามารถที่จะใช้เป็นแหล่งฝึกแหล่งพัฒนาระบบการบริการที่มีมาตรฐาน ทั้งทางด้านเทคนิค และการให้บริการ มีการผสมผสานความรู้สากล เพื่อใช้เป็นต้นแบบให้กับศูนย์บริการสุขภาพเครือข่าย (Franchise) และยังสามารถพัฒนาเป็นวิทยาลัยใช้เป็นแหล่งพัฒนาคน เพื่อเข้าสู่มีอาชีพทางการแพทย์แผนไทย (มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2549)

การบริการด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บริการการแพทย์แผนไทย การนวดตัว เป็นการนวดไทยที่เกิดจากการผสมผสาน ประยุกต์เอาการนวดแบบราชสำนัก (การนวดสำหรับเจ้า นายชั้นสูง) กับการนวดแบบเชลยศักดิ์ (การนวดพื้นบ้าน) เกิดเป็นการนวดแบบอภัยภูเบศรที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ ที่เน้นทั้งการนวดเพื่อรักษาและนวดฟื้นฟู ซึ่งได้รับ การถ่ายทอดจากอาจารย์ที่เป็นหมอพื้นบ้านและผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นครูจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว นอกจากนี้ยังมีบริการ การนวดเท้า การนวดหน้าคล้ายเครียด การอบประคบสมุนไพร การฝังเข็ม บริการทั่วรัฐสุขภาพ เป็นการเน้นการผสมผสานการแพทย์แผนไทย และการดูแลสุขภาพเข้าสู่กิจกรรมการท่องเที่ยว โดยมีโปรแกรมให้เลือกหลากหลาย ตั้งแต่ไปเข้าเย็นกลับ 2 วัน 3 คืน หรือ 4 วัน 5 คืน บริการ Long Stay สำหรับผู้รับบริการที่ต้องการพักผ่อนหรือพักรักษาสุขภาพ โดยโรงพยาบาลได้จัดที่พัก “บ้านเปรมสุข” เพื่อให้ผู้ที่ต้องการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ได้เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพ หรือสำหรับผู้สนใจทั่วไปได้เข้าพัก เพื่อใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างเต็มที่ มีการฝึกอบรมการนวดไทย ซึ่งสามารถผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้บริการในโรงพยาบาลและสถานบริการในเครือข่าย และผู้สนใจทั่วไป ได้มีความรู้และประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยข้าพเจ้า นางสาว พันทิตา เฉลิมพนาพันธ์ นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร” ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำความเข้าใจและหาแนวทางในการปรับปรุงเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ดีขึ้นต่อไป

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ โดยข้อมูลที่
ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน เนื่องจากการนำเสนอผลการ
ศึกษาวิจัยจะทำในภาพรวม ดังนั้นจึงใคร่ขอให้ท่านกรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและ
ตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

พันทิตา เฉลิมพนาพันธ์
ผู้วิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

2. แบบสอบถามนี้ เป็นเพียงการศึกษาวิจัยเพื่อนำผลการศึกษา เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการต่อไป โดยคำตอบทุกข้อของท่านจะเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลต่อผู้ใดทั้งสิ้น จึงขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุปีเดือน

3. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวบาท

5. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
 รับจ้างทั่วไป ส่วนตัวหรือค้าขาย
 พนักงานองค์กรเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 พนักงานหรือข้าราชการของรัฐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. อาการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับศีรษะหรือลำคอ
 อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับลำตัว ได้แก่ ไหล่ หลัง เอวหรือสะโพก
 อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับแขนหรือขา
 อาการเจ็บป่วยอื่นๆ ได้แก่.....
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยปี.....เดือน.....สัปดาห์
8. ระยะเวลาการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยปี.....เดือน.....สัปดาห์
9. รูปแบบการรักษา รักษาด้วยแพทย์แผนไทยอย่างเดียว
 รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในด้านต่างๆ โดยให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ การตอบให้ถี่ถ้วนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่				
2. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน				
3. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วต่อวัน				
4. ท่านรับประทานผักและผลไม้				
5. ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง				
7. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 15 นาที				
8. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร				
9. ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร				

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
10. ท่านดูแลสถานที่พักอาศัยให้สะอาดปราศจากขยะและสิ่งสกปรก				
11. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
12. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายตามวัยของท่าน				
13. ท่านรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมเพิ่มขึ้นตามวัย				
14. ท่านชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นประจำ				
15. ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามวัยของท่าน				
16. ท่านออกกำลังกายโดยเลือกชนิดกีฬาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน				
17. ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของท่าน				
18. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วย				
19. ท่านปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อรู้สึกว่าร่ากายมีความผิดปกติ				
20. ท่านหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อลดหรือบรรเทาอาการของโรคที่เป็นอยู่				
21. ท่านไปพบแพทย์ตามกำหนดนัดทุกครั้ง				
22. ท่านได้ปฏิบัติตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ				
23. ท่านรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำ				
24. ท่านมีการสังเกตอาการเจ็บป่วยภายหลังการตรวจรักษา				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบถึงการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของท่าน โดยให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ การตอบให้ถี่เกินจะ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมาก
น้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนน้อย
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เลย
1. เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้มีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือท่าน				
2. เมื่อท่านขาดแคลนเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม มีคนช่วยเหลือท่านได้				
3. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวช่วยเหลือท่านได้				
4. ท่านได้รับความสะดวกด้านพาหนะในการเดินทางไป ในสถานที่ต่างๆ				
5. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระเกี่ยวกับงานบ้านและงานที่ทำ ระหว่างที่ท่านไม่สามารถทำงานนั้นได้อย่างเต็มที่				
6. ท่านได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากโรงพยาบาล หรือหน่วยงานทางด้านสุขภาพ				
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่เดินทางไปให้ความรู้ในชุมชนที่ท่านพักอาศัยอยู่				
8. ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางด้านสุขภาพ				
9. บุคคลใกล้ชิดคอยส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อต่างๆ				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เลย
10. หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาคำตอบได้จากหนังสือพิมพ์ ทีวี หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้				
11. ท่านมีคนรู้จักคอยช่วยเหลือ เมื่อท่านประสบปัญหา				
12. คนในครอบครัวใช้เวลาในการรับฟังปัญหาและช่วยหาวิธีแก้ปัญหาแก่ท่าน				
13. ถ้าท่านเจ็บป่วยครอบครัวจะให้คำแนะนำแก่ท่านในการดูแลตนเอง				
14. ท่านมีกลุ่มเพื่อนที่ยังมีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นประจำ				
15. ท่านรู้สึกว่ามีผู้อื่นยอมรับท่านว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม				
16. ท่านรู้สึกว่ามีผู้อื่นรับฟังความคิดเห็นของท่าน				
17. มีคนคอยให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ				
18. ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนของท่าน				
19. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย				
20. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจ				
21. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่จัดไว้ให้ตามความจำเป็น				
22. บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของท่าน				
23. บุคคลในครอบครัวให้ความรักความเอาใจใส่ต่อท่าน				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบถึงคุณภาพชีวิตของท่าน โดยให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ การตอบให้ถี่ถ้วน ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุดหรือไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด				
2. ท่านแข็งแรงเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน				
3. ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง				
4. ท่านพึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง				
5. ท่านพอใจในตนเองที่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น				
6. ท่านพึงพอใจที่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้ตามความต้องการ				
7. ท่านมีอาการร่าเริงแจ่มใส				
8. ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของท่านในปัจจุบัน				
9. ท่านพอใจในความสามารถของตนเอง				
10. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ				
11. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน				
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย				
13. ท่านพึงพอใจในสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่น				
14. ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ				
15. ท่านพอใจที่ได้รับการยอมรับและเป็นที่รักใคร่ของเพื่อน ๆ				
16. ท่านพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือสังคม				
17. ท่านพึงพอใจในตนเองที่มีส่วนสำคัญต่อชุมชน				
18. ท่านได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
19. ท่านพึงพอใจจากการได้รับการช่วยเหลือด้าน สวัสดิการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลของรัฐ				
20. ท่านพึงพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน				
21. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยกับ สภาพแวดล้อมที่ท่านอาศัยอยู่ในขณะนี้				
22. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยอยู่ในขณะนี้				
23. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการด้านสุขภาพได้ ตามความจำเป็น				
24. ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต จากแหล่งข้อมูลต่างๆในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่				
25. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนหย่อนใจ ในบริเวณโดยรอบ ที่พักอาศัยของท่าน				
26. ท่านพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ในปัจจุบัน				
27. ท่านพอใจกับสภาพทางการเงินของท่าน				

ภาคผนวก ง

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ตารางผนวกที่ 1 ค่า Item - Total Correlation (r) รายข้อของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	82.63	90.685	.443	.924
2.	82.54	89.984	.529	.922
3.	82.46	89.690	.530	.922
4.	82.52	88.731	.570	.922
5.	82.64	90.511	.522	.923
6.	82.49	89.391	.587	.922
7.	82.37	88.822	.679	.920
8.	82.52	90.093	.582	.922
9.	82.36	89.078	.675	.920
10.	82.53	89.541	.594	.922
11.	82.43	87.630	.695	.920
12.	82.31	88.380	.719	.920
13.	82.37	89.288	.666	.921
14.	82.50	89.857	.579	.922
15.	82.43	90.017	.612	.921
16.	82.40	90.141	.539	.922
17.	82.44	90.333	.521	.923
18.	82.20	91.155	.466	.923
19.	82.46	92.687	.285	.926
20.	82.51	89.455	.479	.923
21.	82.39	89.450	.598	.921
22.	82.40	88.599	.598	.921
23.	82.42	90.696	.529	.922
24.	82.86	91.733	.296	.927
25.	82.50	89.204	.483	.923

ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
26.	82.46	88.250	.607	.921
27.	82.74	89.848	.396	.925

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 27

Alpha = .925

ตารางผนวกที่ 2 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	15.60	5.883	.589	.837
2.	15.51	5.864	.637	.828
3.	15.42	5.600	.703	.815
4.	15.49	5.419	.709	.814
5.	15.60	6.297	.526	.848
6.	15.46	5.812	.665	.823

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 6

Alpha = .853

ตารางผนวกที่ 3 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7.	16.10	5.471	.667	.857
8.	16.25	5.749	.581	.871
9.	16.09	5.422	.716	.849
10.	16.25	5.471	.646	.861
11.	16.16	5.058	.725	.848
12.	16.04	5.268	.755	.842

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 6

Alpha = .876

ตารางผนวกที่ 4 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้าน
ความสัมพันธ์ทางสังคม

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
13.	22.61	7.787	.632	.786
14.	22.74	7.629	.650	.783
15.	22.67	7.727	.678	.781
16.	22.64	7.507	.675	.779
17.	22.68	7.696	.608	.788
18.	22.44	8.146	.483	.806
19.	22.70	8.512	.308	.831
20.	22.75	8.000	.370	.828

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 8

Alpha = .819

ตารางผนวกที่ 5 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
21.	18.51	8.523	.609	.784
22.	18.52	8.071	.654	.774
23.	18.54	8.830	.570	.792
24.	18.98	8.950	.332	.831
25.	18.63	7.705	.663	.771
26.	18.59	7.684	.746	.757
27.	18.86	8.440	.407	.822

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 7

Alpha = .816

ตารางผนวกที่ 6 ค่า Item - Total Correlation (r) รายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเอง

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	69.83	97.557	.364	.883
2.	69.54	98.572	.287	.885
3.	69.56	97.273	.358	.883
4.	69.53	97.426	.384	.882
5.	69.84	95.667	.409	.882
6.	70.31	93.088	.528	.878
7.	70.17	93.347	.508	.879
8.	69.59	96.050	.475	.880
9.	69.68	94.871	.492	.879
10.	69.34	98.847	.381	.882
11.	69.47	97.927	.263	.886
12.	69.66	95.868	.504	.879
13.	70.45	94.563	.430	.881
14.	69.80	96.244	.421	.881
15.	69.87	95.467	.519	.879
16.	70.06	93.223	.557	.877
17.	69.96	93.167	.598	.876
18.	69.67	95.212	.504	.879
19.	69.71	94.996	.520	.879
20.	69.80	94.868	.577	.877
21.	69.51	95.498	.501	.879
22.	69.59	95.670	.546	.878

ตารางผนวกที่ 6 (ต่อ)

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
23.	69.73	95.501	.525	.879
24.	69.59	95.633	.529	.879

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 24

Alpha = .885

ตารางผนวกที่ 7 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	27.59	19.140	.370	.766
2.	27.30	19.639	.282	.777
3.	27.32	18.182	.487	.752
4.	27.29	18.314	.522	.748
5.	27.60	18.018	.445	.758
6.	28.07	17.110	.535	.744
7.	27.93	17.468	.479	.753
8.	27.35	18.607	.465	.755
9.	27.44	17.724	.533	.745
10.	27.10	20.245	.305	.773

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 10

Alpha = .776

ตารางผนวกที่ 8 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
11.	16.96	12.472	.253	.791
12.	17.15	12.059	.473	.744
13.	17.94	11.316	.419	.757
14.	17.30	11.437	.526	.733
15.	17.37	11.409	.597	.721
16.	17.55	10.606	.617	.711
17.	17.45	10.908	.605	.715

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 7

Alpha = .769

ตารางผนวกที่ 9 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
18.	18.83	11.392	.641	.848
19.	18.86	11.322	.658	.846
20.	18.96	11.973	.580	.856
21.	18.67	11.341	.678	.843
22.	18.74	11.554	.715	.839
23.	18.89	11.841	.601	.853
24.	18.75	11.887	.611	.852

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 7

Alpha = .867

ตารางผนวกที่ 10 ค่า Item - Total Correlation (r) รายชื่อของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	66.73	88.211	.517	.910
2.	66.84	87.550	.475	.912
3.	66.60	87.138	.559	.910
4.	66.38	90.344	.487	.911
5.	66.64	87.909	.581	.909
6.	66.73	90.444	.460	.911
7.	67.18	89.755	.387	.914
8.	66.71	88.384	.622	.908
9.	66.75	87.710	.647	.908
10.	66.62	91.334	.417	.912
11.	66.59	89.497	.563	.909
12.	66.58	87.284	.668	.907
13.	66.60	86.887	.678	.907
14.	66.61	90.847	.438	.912
15.	66.42	91.542	.472	.911
16.	66.48	92.114	.439	.912
17.	66.51	88.731	.684	.907
18.	66.89	90.066	.411	.913
19.	66.37	88.241	.670	.907
20.	66.40	88.570	.654	.908
21.	66.45	91.589	.423	.912

ตารางผนวกที่ 10 (ต่อ)

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
22.	66.54	88.020	.661	.907
23.	66.39	89.492	.573	.909

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 23

Alpha = .913

ตารางผนวกที่ 11 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
ด้านวัตถุสิ่งของ

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	12.09	6.378	.713	.748
2.	12.20	5.829	.716	.745
3.	11.96	6.314	.686	.755
4.	11.74	8.050	.417	.828
5.	12.00	7.319	.513	.806

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 5

Alpha = .816

ตารางผนวกที่ 12 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
ด้านข้อมูลข่าวสาร

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
6.	11.28	5.408	.560	.771
7.	11.74	4.788	.549	.783
8.	11.27	4.965	.727	.721
9.	11.30	4.821	.741	.714
10.	11.18	6.016	.389	.817

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 5

Alpha = .801

ตารางผนวกที่ 13 ค่า Item - Total Correlation (r) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
ด้านอารมณ์และสังคม

ข้อที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
11.	37.40	29.968	.512	.890
12.	37.39	28.311	.674	.882
13.	37.41	28.185	.670	.882
14.	37.43	30.310	.447	.893
15.	37.23	30.077	.595	.887
16.	37.29	30.466	.557	.888
17.	37.32	29.142	.697	.882
18.	37.70	30.112	.381	.899
19.	37.18	28.627	.715	.880
20.	37.21	28.824	.699	.881
21.	37.26	30.790	.428	.894
22.	37.35	28.422	.715	.880
23.	37.20	28.911	.680	.882

Reliability Coefficients

N of Cases = 280

N of Items = 13

Alpha = .894

ภาคผนวก จ

ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับการสนับสนุนทางสังคม
และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกจำแนกเป็นรายข้อ

ตารางผนวกที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 280)			
ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเอง
1. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.97	.77	ปานกลาง
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน	3.25	.79	สูง
3. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วต่อวัน	3.24	.81	สูง
4. ท่านรับประทานผักและผลไม้	3.26	.75	สูง
5. ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	2.95	.90	ปานกลาง
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง	2.49	.95	ปานกลาง
7. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 15 นาที	2.62	.96	ปานกลาง
8. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร	3.21	.76	สูง
9. ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร	3.11	.84	สูง
10. ท่านดูแลสถานที่พักอาศัยให้สะอาดปราศจากขยะ และสิ่งสกปรก	3.46	.59	สูง
11. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.33	.93	สูง
12. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณและสารอาหาร เพียงพอกับความต้องการของร่างกายตามวัยของท่าน	3.14	.74	สูง
13. ท่านรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมเพิ่มขึ้นตามวัย	2.35	.98	ปานกลาง
14. ท่านซักรีดผ้าห่มและวัสดุส่วนสูงเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายเป็นประจำ	2.99	.82	ปานกลาง
15. ท่านศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสมตามวัยของท่าน	2.92	.75	ปานกลาง
16. ท่านออกกำลังกายโดยเลือกชนิดกีฬาที่เหมาะสมกับ สภาพร่างกายของท่าน	2.74	.90	ปานกลาง
17. ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของท่าน	2.84	.85	ปานกลาง
18. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	3.13	.80	สูง
19. ท่านปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อรู้สึกว่าร่างกายมีความผิดปกติ	3.09	.80	สูง

ตารางผนวกที่ 14 (ต่อ)

(n = 280)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรมกร ดูแลสุขภาพตนเอง
20. ท่านหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อลดหรือบรรเทาอาการของโรค ที่เป็นอยู่	2.99	.74	ปานกลาง
21. ท่านไปพบแพทย์ตามกำหนดนัดทุกครั้ง	3.28	.77	สูง
22. ท่านได้ปฏิบัติตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.21	.70	สูง
23. ท่านรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำ	3.06	.74	สูง
24. ท่านมีการสังเกตอาการเจ็บป่วยภายหลังการตรวจรักษา	3.20	.73	สูง
รวม	3.03	.43	สูง

ตารางผนวกที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย
แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 280)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับการ สนับสนุนทาง สังคม
1. เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้มีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ ท่าน	2.90	.84	ปานกลาง
2. เมื่อท่านขาดแคลนเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม มีคนช่วยเหลือท่านได้	2.80	.97	ปานกลาง
3. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน คนในครอบครัวช่วยเหลือท่านได้	3.04	.88	สูง
4. ท่านได้รับความสะดวกด้านพาหนะในการเดินทางไป ในสถานที่ต่างๆ	3.26	.68	สูง
5. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระเกี่ยวกับงานบ้านและงานที่ทำ ระหว่างที่ท่านไม่สามารถทำงานนั้นได้อย่างเต็มที่	3.00	.79	ปานกลาง
6. ท่านได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากโรงพยาบาล หรือ หน่วยงานทางด้านสุขภาพ	2.91	.71	ปานกลาง
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่เดินทางไปให้ความรู้ในชุมชนที่ท่านพักอาศัยอยู่	2.45	.90	ปานกลาง

ตารางผนวกที่ 15 (ต่อ)

ข้อความ			(n = 280)
	\bar{X}	S.D.	ระดับการสนับสนุน ทางสังคม
8. ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางด้านสุขภาพ	2.94	.77	ปานกลาง
9. บุคคลใกล้ชิดคอยส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	2.89	.73	ปานกลาง
10. หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาคำตอบได้จากหนังสือพิมพ์ ทีวี หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้	3.02	.67	สูง
11. ท่านมีคนรู้จักคอยช่วยเหลือ เมื่อท่านประสบปัญหา	3.05	.67	สูง
12. คนในครอบครัวใช้เวลาในการรับฟังปัญหาและช่วยหาวิธีแก้ปัญหาแก่ท่าน	3.05	.74	สูง
13. ถ้าท่านเจ็บป่วยครอบครัวจะให้คำแนะนำแก่ท่านในการดูแลตนเอง	3.04	.76	สูง
14. ท่านมีกลุ่มเพื่อนที่ยังมีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นประจำ	3.02	.69	สูง
15. ท่านรู้สึกว่ามีผู้อื่นยอมรับท่านว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.22	.58	สูง
16. ท่านรู้สึกว่ามีผู้อื่นรับฟังความคิดเห็นของท่าน	3.15	.56	สูง
17. มีคนคอยให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ	3.13	.62	สูง
18. ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนของท่าน	2.75	.82	ปานกลาง
19. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	3.27	.67	สูง
20. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจ	3.24	.66	สูง
21. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่จัดไว้ให้ตามความจำเป็น	3.18	.63	สูง
22. บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของท่าน	3.10	.69	สูง
23. บุคคลในครอบครัวให้ความรักความเอาใจใส่ต่อท่าน	3.25	.66	สูง
รวม	3.02	.45	สูง

ตารางผนวกที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่ใช้
บริการการแพทย์แผนไทยจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 280)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.02	.64	สูง
2. ท่านแข็งแรงเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน	3.11	.61	สูง
3. ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง	3.19	.64	สูง
4. ท่านพึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง	3.13	.68	สูง
5. ท่านพอใจในตนเองที่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น	3.01	.57	สูง
6. ท่านพึงพอใจที่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามความต้องการ	3.16	.61	สูง
7. ท่านมีอาการร่าเริงแจ่มใส	3.28	.58	สูง
8. ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของท่านในปัจจุบัน	3.13	.55	สูง
9. ท่านพอใจในความสามารถของตนเอง	3.29	.56	สูง
10. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	3.13	.59	สูง
11. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.22	.65	สูง
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	3.34	.58	สูง
13. ท่านพึงพอใจในสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่น	3.28	.55	สูง
14. ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.15	.58	สูง
15. ท่านพอใจที่ได้รับการยอมรับและเป็นที่รักใคร่ของเพื่อน ๆ	3.22	.54	สูง
16. ท่านพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือสังคม	3.25	.59	สูง
17. ท่านพึงพอใจในตนเองที่มีส่วนสำคัญต่อชุมชน	3.21	.59	สูง
18. ท่านได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว	3.45	.57	สูง
19. ท่านพึงพอใจจากการได้รับการช่วยเหลือด้าน สวัสดิการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลของรัฐ	3.19	.63	สูง
20. ท่านพึงพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน	3.14	.72	สูง
21. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยกับ สภาพแวดล้อมที่ท่านอาศัยอยู่ในขณะนี้	3.26	.59	สูง

ตารางผนวกที่ 16 (ต่อ)

(n = 280)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
22. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยอยู่ในขณะนี้	3.25	.66	สูง
23. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการด้านสุขภาพได้ ตามความจำเป็น	3.23	.55	สูง
24. ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต จากแหล่งข้อมูลต่างๆในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	2.79	.74	ปานกลาง
25. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนหย่อนใจ ในบริเวณโดยรอบ ที่พักอาศัยของท่าน	3.15	.74	สูง
26. ท่านพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ในปัจจุบัน	3.19	.68	สูง
27. ท่านพอใจกับสภาพทางการเงินของท่าน	2.91	.80	ปานกลาง
รวม	3.17	.37	สูง

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน ประธานกรรมการที่ปรึกษา

ผศ.นท.หญิง ดร.งามลมัย ผิวเหลือง กรรมการร่วม

ผศ.ดร.ทิพทินนา สมุทรานนท์ ประธานกรรมการ

ดร. นันทวัน อินทชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ผศ.เต็มศักดิ์ กทวณิช

ตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพฯ

อ. ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา

ตำแหน่งอาจารย์ประจำสาขาวิชาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เภสัชกรหญิง วัจนา ตั้งความเพียร

ตำแหน่ง หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

นางสาว ลักษณ์า จันท์แจ่มหล้า

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

นางสาว กาญจนา บัวดอก

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวพันทิตา เกลิมพนาพันธ์
วัน เดือน ปี ที่เกิด	วันที่ 27 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	คหกรรมศาสตรบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์ศึกษา) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตเทคนิค กรุงเทพฯ