



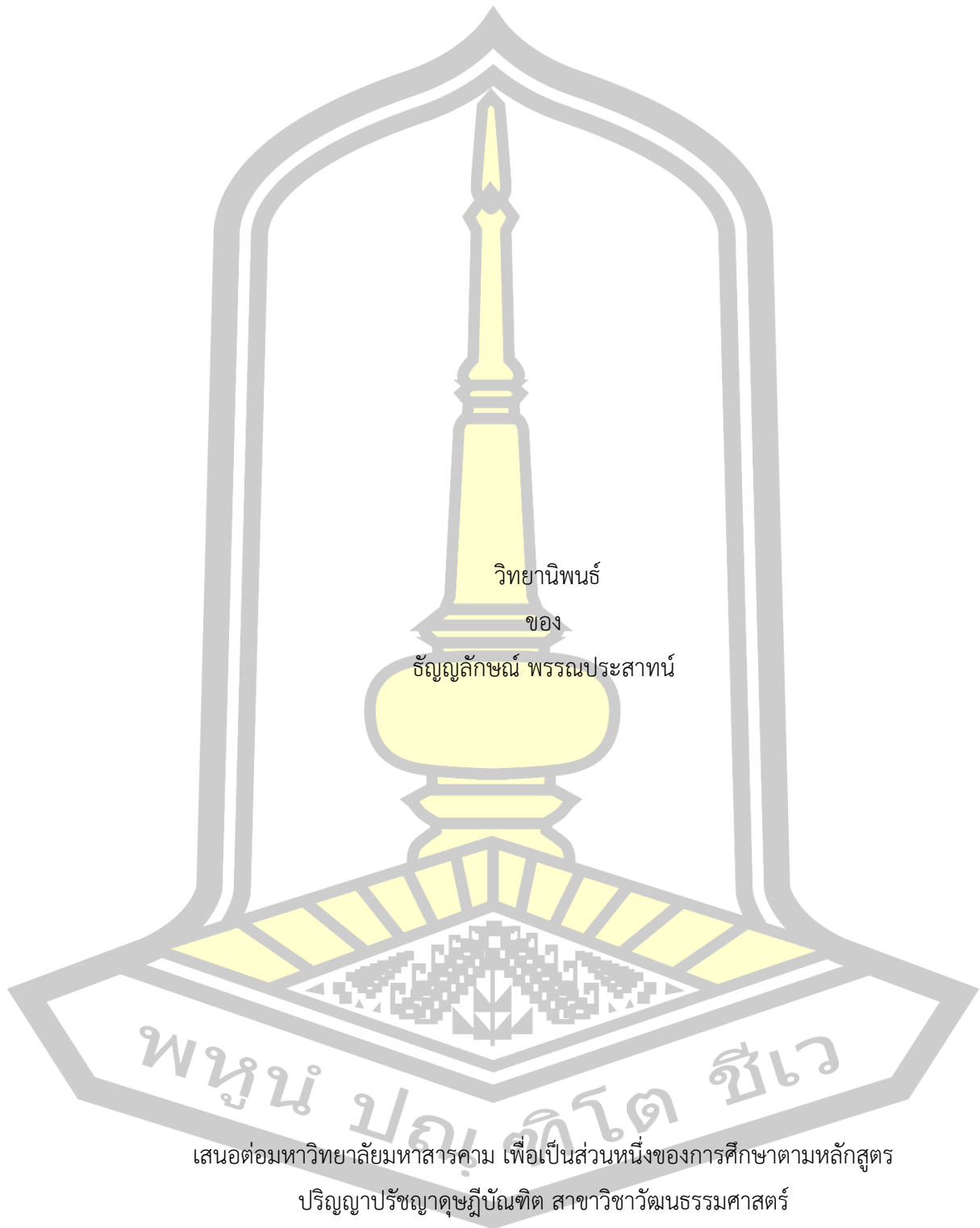
วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์
ของ
ธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2560

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์



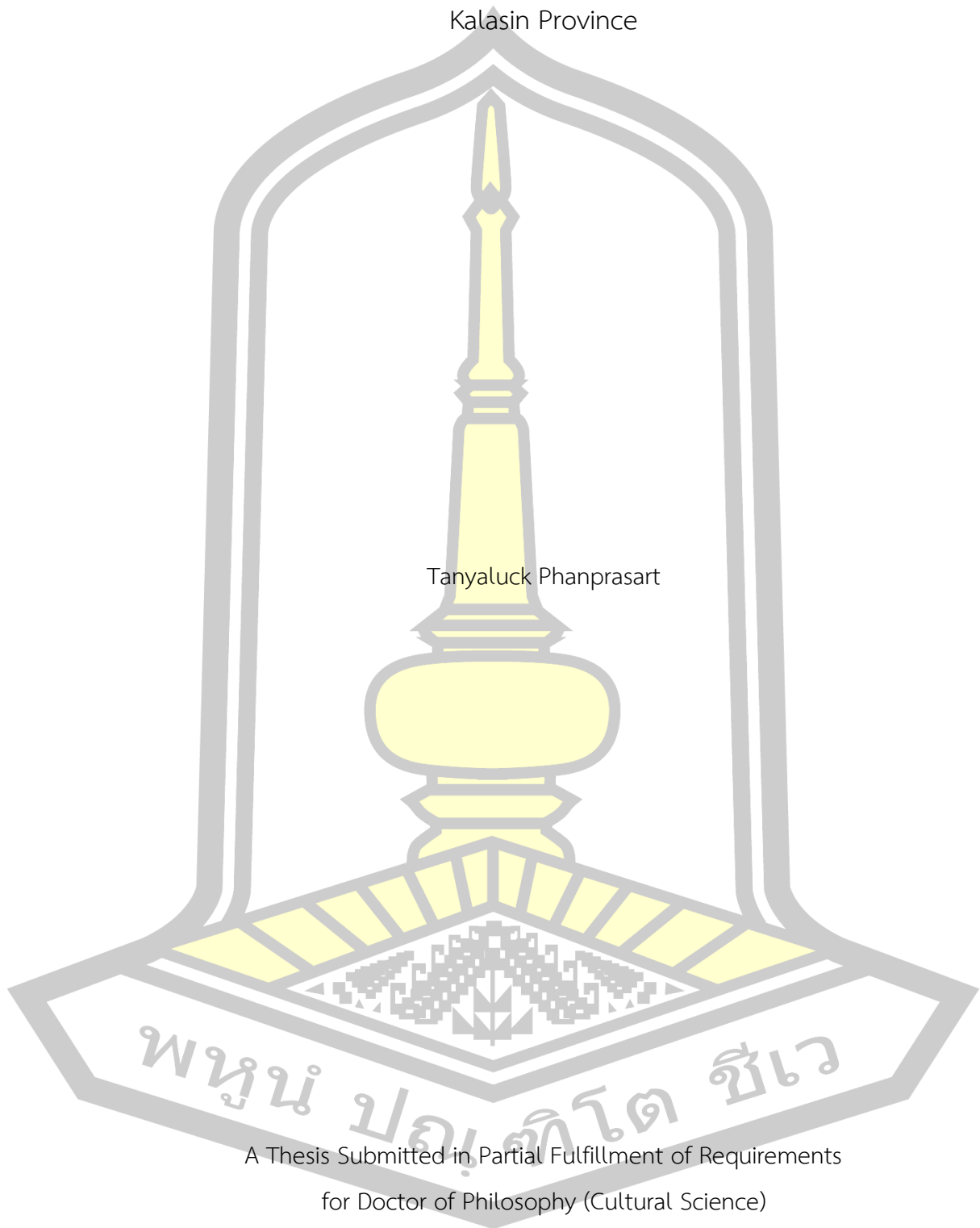
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Cultural Health care of Pulmonary Tuberculosis Buddhist Monk Patients in
Kalasin Province



Tanyaluck Phanprasart

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Cultural Science)

Academic Year 2017

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางธัญญลักษณ์ พรรณ
ประสาธน์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ไชยสิทธิ์ แสงสร้อย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. สิทธิศักดิ์ จำปาแดง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. ทักษิณาร์ ไกรราช)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. พิสิษฐ บัญไชย)

กรรมการ

(อ. ดร. สมคิด สุขเอิบ)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(พระครู ปริยดีสารการ ดร.)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

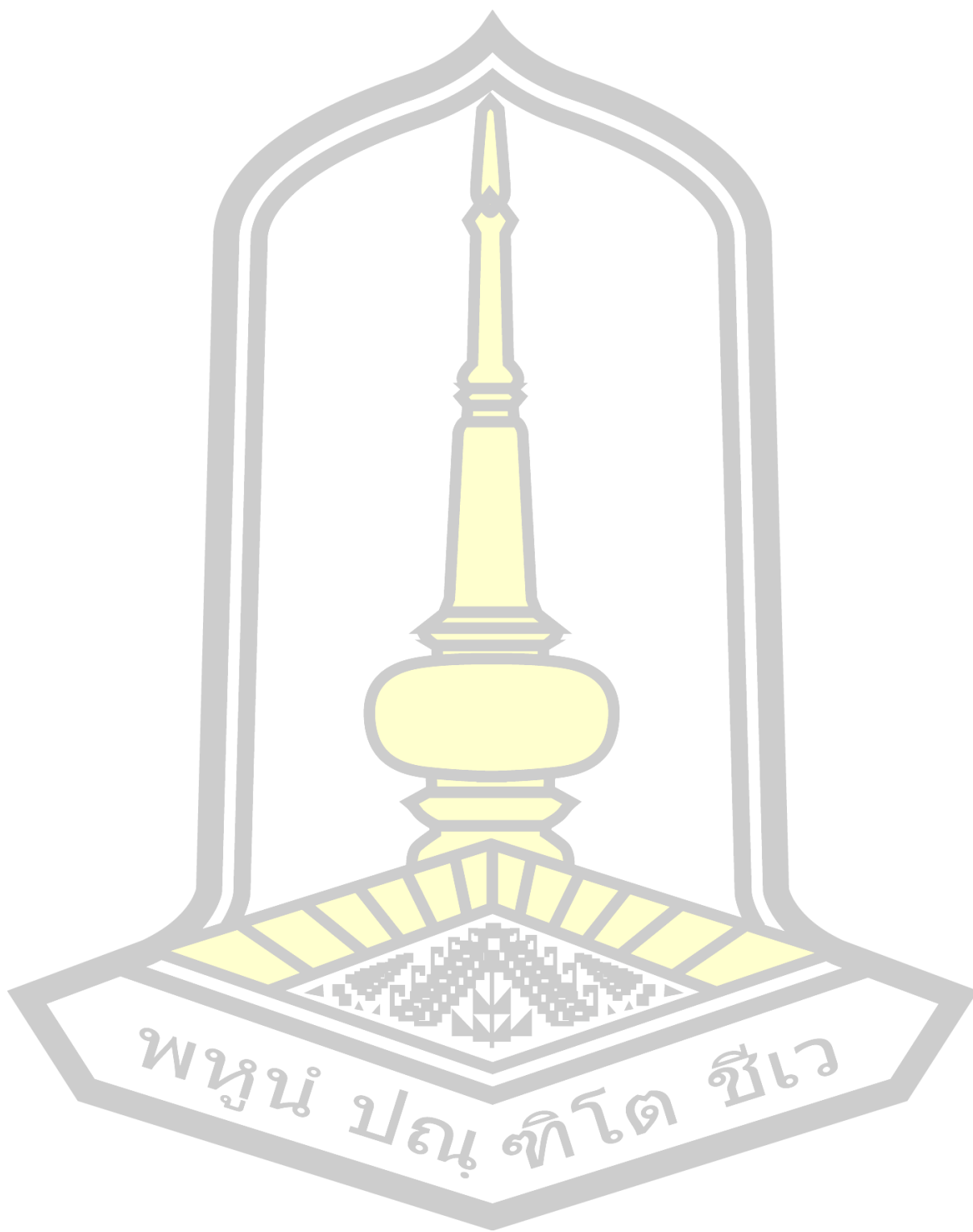
(รศ. ดร. ประยุทธ์ ศรีวิไล)

คณบดีคณะวัฒนธรรมศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....



พหุณฺ์ ปณฺุ ทิตฺโต ชีเว

ชื่อเรื่อง	วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์		
ผู้วิจัย	ธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิทธิศักดิ์ จำปาแดง อาจารย์ ดร. ทักษิณาร์ ไกรราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสิษฐ บัญไชย		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วัฒนธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพมีความมุ่งหมายในการวิจัยเพื่อ 1) เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่ทำวิจัยคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย กลุ่มผู้รู้หรือผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มผู้ปฏิบัติ และกลุ่มทั่วไป รวมทั้งสิ้นจำนวน 118 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน ความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้ายคลึงกัน ตามกิจวัตรสืบทอดประเพณีที่เป็นพระวินัยของสงฆ์ที่ควรปฏิบัติ อาจคลาดเคลื่อนกันบ้างเล็กน้อยตามบริบทของวัด ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม ตั้งแต่ตื่นจากจำวัดในตอนเช้ามีตจจนกระทั่งเข้าจำวัดในตอนค่ำ ซึ่งหากพระสงฆ์รูปใดอาพาธ โดยเฉพาะการอาพาธเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้เช่นวัณโรคนั้น กิจวัตรในแต่ละวันหรือกิจวัตรเกือบทั้งหมดจะต้องละเว้นเนื่องจากต้องรักษาอาการอาพาธ การเว้นจากกิจวัตรสามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่พระสงฆ์ในวัดและประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงได้ซึ่งส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคของพระสงฆ์นั้นเกิดได้ในสองลักษณะ คือ 1. การขาดความตระหนักหรือการไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่นการไม่สวมหน้ากากอนามัยป้องกันการเกิดโรคที่สามารถแพร่กระจาย

ในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การโดยสารรถยนต์ด้วยกัน การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน การใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า การสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรค2. ความสูงอายุและภาวะที่มีโรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่พบมากคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเลือดเป็นต้น เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคต่ำสามารถติดโรคได้ง่าย ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น คือการขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักถึงอันตรายของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคพระสงฆ์ที่อาพาธบางรูปยังคงดำเนินกิจวัตรตามปกติคือรับกิจนิมนต์ โดยไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ออกบิณฑบาต ร่วมอุโบสถ และฉันอาหารร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้หรือพระสงฆ์รูปอื่นสามารถรับเชื้อวัณโรคได้

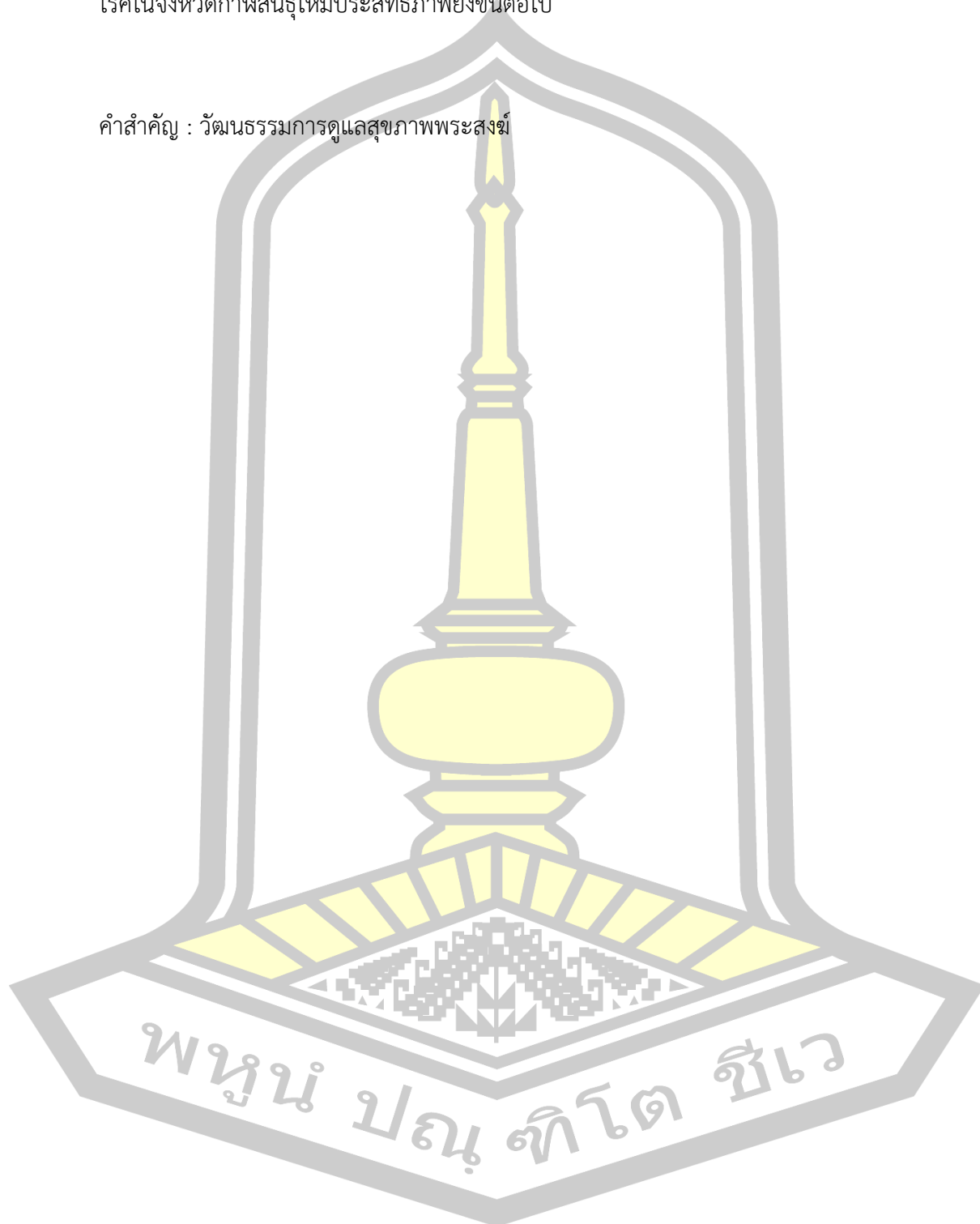
สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่าพระสงฆ์ทั่วไปในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ไม่ละเอียดครบถ้วน จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากวัณโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดอื่น คือการขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างในวัดและในชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่ามี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งการดำเนินงานยังเข้าไม่ถึงวัดขณะเดียวกันยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ การดำเนินงานยังเน้นการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทั่วไป ไม่ใช่โรคติดต่อ ผลการวิจัยพบด้วยว่าคงต้องได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งสองรูปแบบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์มีรูปแบบดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก คือโรงพยาบาล (ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน)ซึ่งเป็นหน่วยวินิจฉัย เริ่มต้นรักษาและขึ้นทะเบียนการรักษาพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยที่ต้องเยี่ยม ควบคุมดูแลการฉันยาให้มีความต่อเนื่องวัดและคณะสงฆ์ที่เป็นองค์กรหลักทางสงฆ์ที่ต้องร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเนื่องจากเป็นสังกัดที่พระสงฆ์อยู่ซึ่งต้องอาศัยภาคีอื่นในชุมชนหรือองค์กรอื่นช่วยเหลือดูแลเช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และ

สำนักงานพระพุทธศาสนาร่วมดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์



TITLE	Cultural Health care of Pulmonary Tuberculosis Buddhist Monk Patients in Kalasin Province		
AUTHOR	Tanyaluck Phanprasart		
ADVISORS	Assistant Professor Sithisak Jupadang , Ph.D. Thaksina Krairach , Ph.D. Assistant Professor Pisit Boonchai , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Cultural Science
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2017

ABSTRACT

The study of cultural health care of pulmonary tuberculosis Buddhist monk patients in Kalasin Province was research and development utilizing qualitative research process. The purpose of the study was, 1) to study health care cultural and daily activities of Buddhist monks in Kalasin Province; 2) to study problems of health care of Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province; and 3) to develop health care models of Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province. The research was carried out in Kalasin Province. The 118 sample chosen by using purposive sampling method, were key, casual and general informants respectively. The research tools used were structured and unstructured interviews, observations (participant and non-participant), focus-group discussions, and workshops. The data were classified in to categories according to the study, and the analysis was done descriptively based on the research purpose. The results were as follows:

Daily activities of Buddhist monks were similar according to the 10 tasks of the Buddhist discipline. It may vary somewhat in the context of each temple. Regardless of whether or not they were ordained at any temple or monastery, the monks had the same activities from dawn to dusk. If a monk was ill, especially from a disease that could be transmitted to other monks, such as tuberculosis. The monk

patients had to abstain from daily activities to cure their illness and control the disease from spreading to the monks and people within the temple.

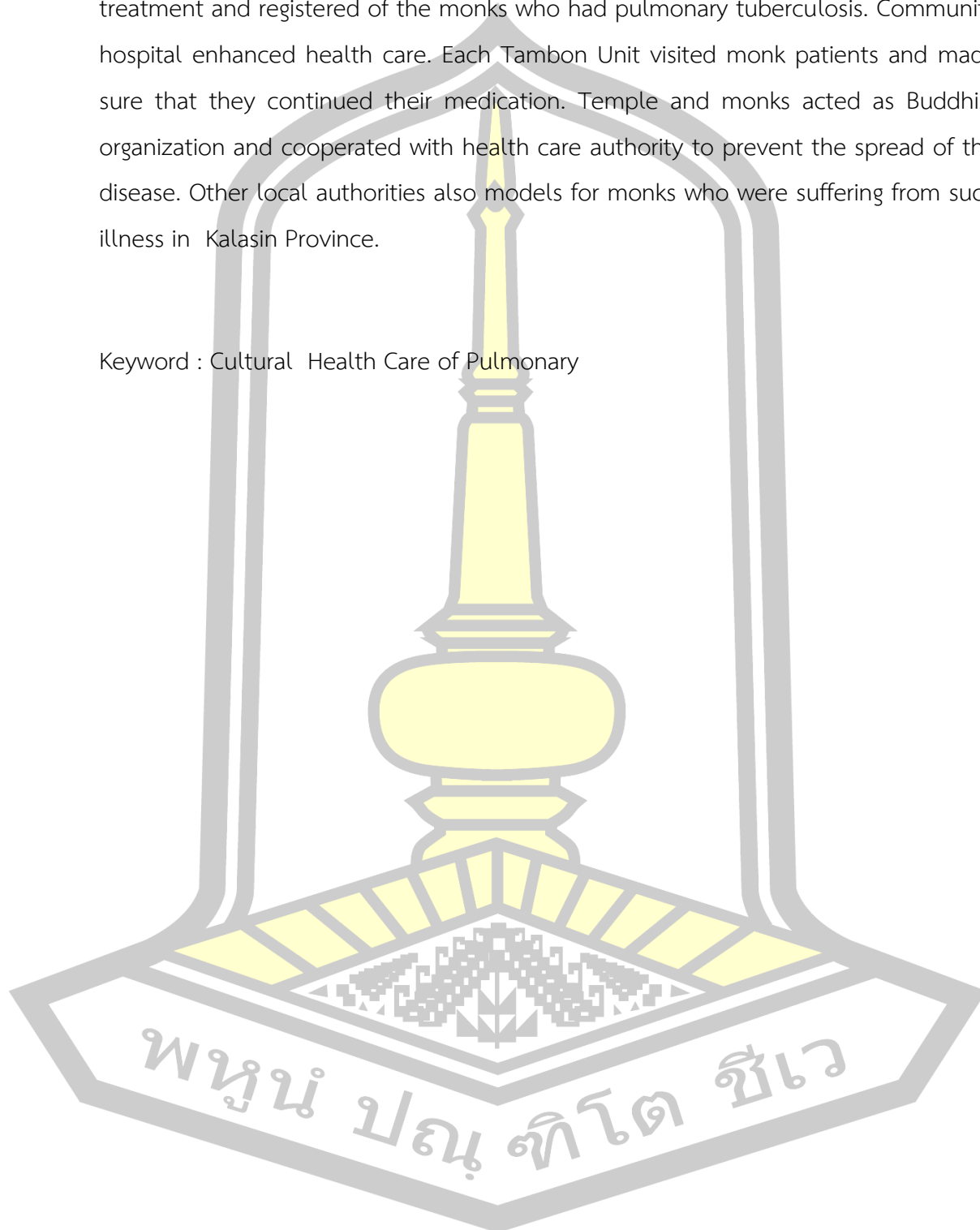
Risk factors for catching tuberculosis were twofold. First, tuberculosis the lack of disease concern and knowledge in the prevention of tuberculosis, such as not wearing a face mask to prevent the spread of airborne tuberculosis; eating together; car sharing; living in the same room; sharing facilities such as a handkerchief, a towel, a clothing; touching the disease from using the patient's belongings. Second, the elderly and chronic conditions of patients, commonly known as HIV, diabetes, high blood pressure, chronic kidney disease and blood disease. Aging and chronic disease could cause low immunity and people could easily be infected. The risk of tuberculosis transmission to others was a lack of knowledge and understanding of the important of the spread of the tuberculosis. Monks who had some form of pulmonary tuberculosis continued their routine activities, such as accepting an invitation to preach without wearing a face mask; a morning walk for alms; join the Ubosot (go to the chapel) or dining with other monks. People and monks who sat near them could be infected with the tuberculosis.

Upon development models of health care for the Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province, the study found that there were 2 models. The first model emphasized health care based on the government health care services which were not available at temples at the time of the study. The system also lacked community participation. The second model emphasized health care for sick monks based on services provided by a group of Buddhist monks. At the time of the study, the health care services provided only for patients who had general health problems not infectious disease like pulmonary tuberculosis. For pulmonary tuberculosis, there was no clarity as to how to go about treating the monk patients. The study suggested that the two models should be further developed so that the treatment could be suitable and more effective.

In conclusion, development models of health care for the monks who were suffering from the given disease in Kalasin Province were carried out by

hospitals (general and community hospitals) act as a diagnostic unit, provided treatment and registered of the monks who had pulmonary tuberculosis. Community hospital enhanced health care. Each Tambon Unit visited monk patients and made sure that they continued their medication. Temple and monks acted as Buddhist organization and cooperated with health care authority to prevent the spread of the disease. Other local authorities also models for monks who were suffering from such illness in Kalasin Province.

Keyword : Cultural Health Care of Pulmonary



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิศักดิ์ จำปาแดง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสิษฐ์ บุญไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณาร์ ไกรราช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำปรึกษานำการศึกษาภาคสนามและการเขียนวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โฆสิต แพงสร้อย ประธานกรรมการ สอภวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สมคิด สุขเอิบ กรรมการสอภวิทยานิพนธ์ และ ดร.พระครู ปรีดีสาร การ กรรมการสอภวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ จนทำให้สำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ และ อาจารย์ ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือการวิจัยและให้คำแนะนำในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ทำให้ผลการวิจัยมีประโยชน์ล้ำค่าต่อการนำไปใช้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธ ซึ่งเป็นบุคลากรอันทรงคุณค่าของสถาบันศาสนา ขอบคุณเพื่อนนิสิต ปริญญาเอก สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ รุ่นที่ 13 ศูนย์บริการการศึกษามหาสารคามทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ ขอบคุณสามีและบุตรที่คอยให้กำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษารวมทั้งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยออกเก็บข้อมูลภาคสนาม จนทำให้ประสบความสำเร็จทุกประการคุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องสักการะแด่คุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณาสั่งสอนและให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

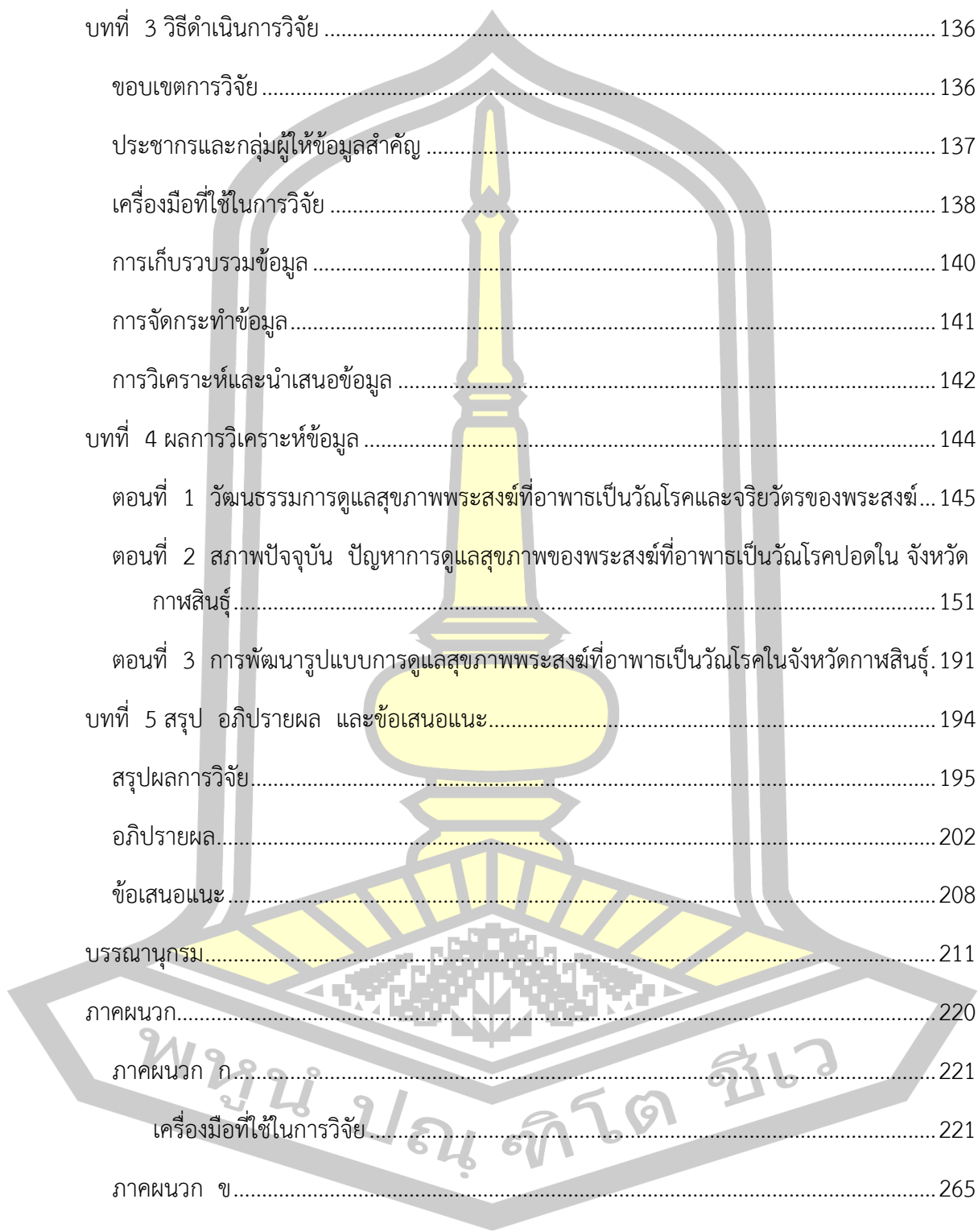
ธัญญลักษณ์ พรรณประสาทรณ์

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

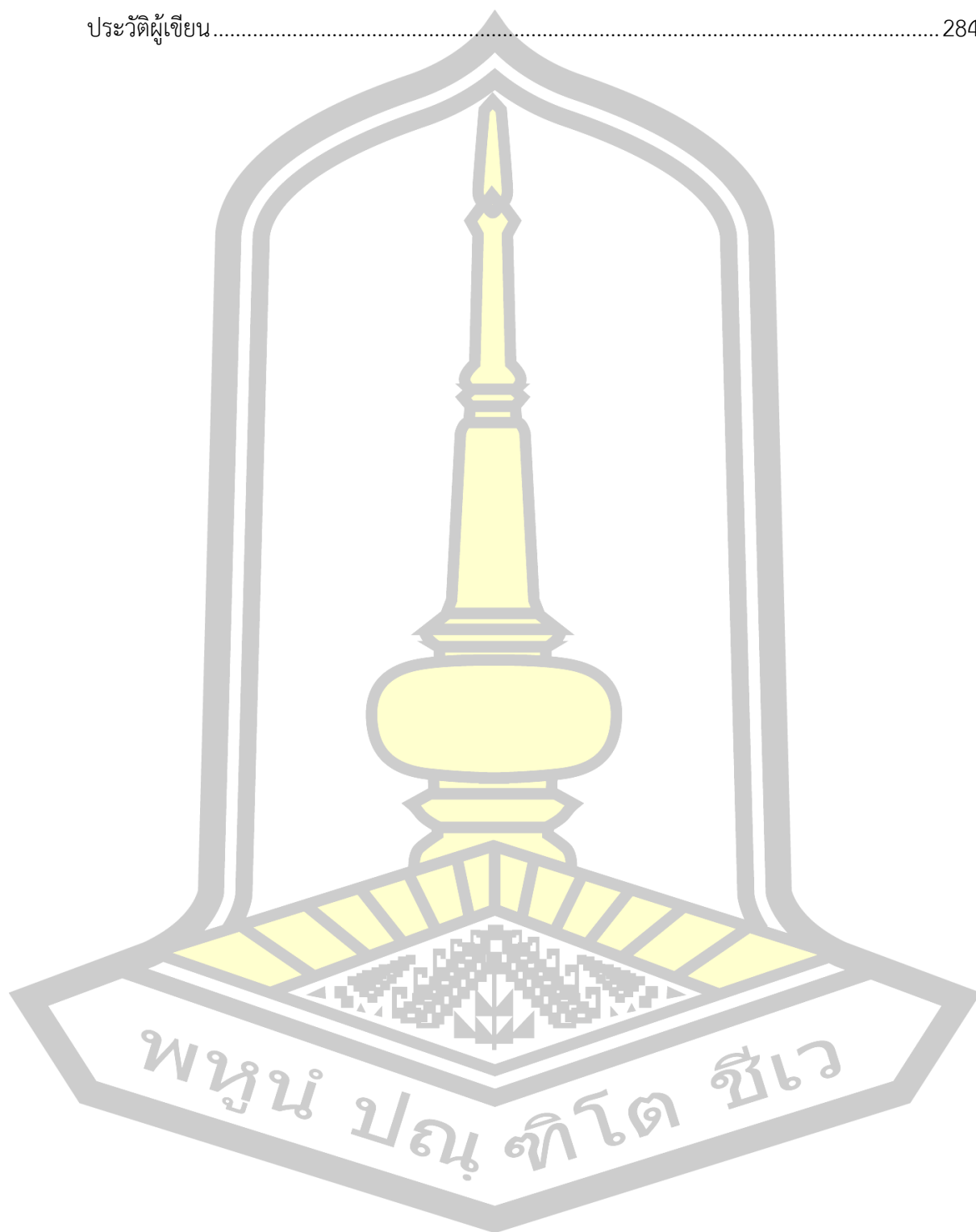
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
กิตติกรรมประกาศ.....	ญ
สารบัญ.....	ฎ
สารบัญตาราง.....	ต
สารบัญภาพประกอบ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
คำถามในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ลักษณะสังคมและวัฒนธรรม.....	10
องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง.....	13
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง.....	52
บริบทพื้นที่วิจัย.....	61
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	68
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	116
1. งานวิจัยในประเทศ.....	116

2. งานวิจัยต่างประเทศ	132
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	136
ขอบเขตการวิจัย	136
ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	137
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	138
การเก็บรวบรวมข้อมูล	140
การจัดกระทำข้อมูล	141
การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล	142
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	144
ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์... 145	
ตอนที่ 2 สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดใน จังหวัด กาฬสินธุ์	151
ตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์. 191	
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	194
สรุปผลการวิจัย.....	195
อภิปรายผล.....	202
ข้อเสนอแนะ.....	208
บรรณานุกรม.....	211
ภาคผนวก.....	220
ภาคผนวก ก.....	221
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	221
ภาคผนวก ข.....	265
รายนามผู้ให้สัมภาษณ์.....	265
ภาคผนวก ค.....	272



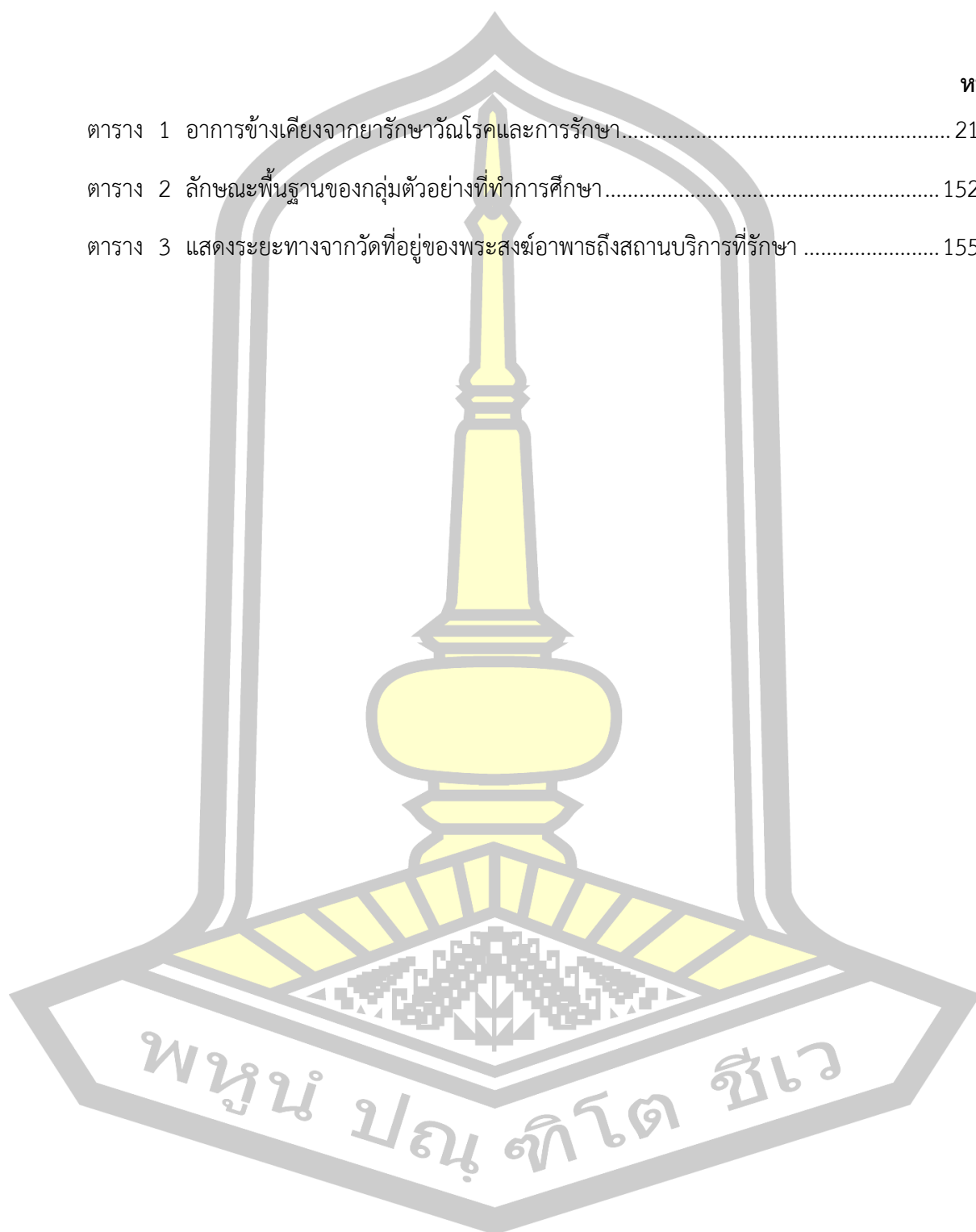
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการประมวลภาพกิจกรรมในงานวิจัย.....272

ประวัติผู้เขียน.....284



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 อาการข้างเคียงจากรักษาวัณโรคและการรักษา.....	21
ตาราง 2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา.....	152
ตาราง 3 แสดงระยะทางจากวัดที่อยู่ของพระสงฆ์อาพาธถึงสถานบริการที่รักษา	155



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด8	
ภาพประกอบ 2 แผนที่จังหวัดกาฬสินธุ์.....	61
ภาพประกอบ 3 ขณะสัมภาษณ์พระสงฆ์ผู้อาพาธรูปที่ 4.....	162
ภาพประกอบ 4 ที่อยู่อาศัยพระสงฆ์ที่อาพาธ.....	175
ภาพประกอบ 5 ที่อยู่อาศัยพระสงฆ์ที่ชราภาพและอาพาธ.....	176
ภาพประกอบ 6 ลักษณะภูมิที่อาศัยของวัดบางแห่ง.....	176
ภาพประกอบ 7 เครื่องนอนและเครื่องนุ่งห่ม.....	178
ภาพประกอบ 8 การประชุมเชิงปฏิบัติการหัวข้อ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธ ...	190
ภาพประกอบ 9 การประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง.....	190
ภาพประกอบ 10 รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ .	193
ภาพประกอบ 11 ภาพกิจกรรมการทำ Focus group.....	275
ภาพประกอบ 12 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้าน.....	276
ภาพประกอบ 13 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้านและพระสงฆ์.....	277
ภาพประกอบ 14 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้าน.....	278
ภาพประกอบ 15 กิจวัตรของพระสงฆ์.....	278
ภาพประกอบ 16 กิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์.....	279
ภาพประกอบ 17 กิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์.....	280
ภาพประกอบ 18 ภาพกิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์.....	281
ภาพประกอบ 19 การประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	281
ภาพประกอบ 20 การประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	282
ภาพประกอบ 21 การประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	283

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต่างก็พึงปรารถนา องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ว่า หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีจากคำจำกัดความคำว่า “สุขภาพ” มีความหมายที่กว้าง ไม่ได้หมายถึงเรื่องของความเจ็บป่วย และโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่รวมถึงการได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลสัมผัสด้วย เช่น การมีที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะดวกสบาย การมีอากาศบริสุทธิ์ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และยังรวมถึงจิตใจด้วย ซึ่งอิทธิพลต่อสุขภาพการมีสุขภาพดีนั้น ไม่ได้มีเพียงทางกายและทางจิตใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการปรับตัวเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุขด้วย เมื่อรู้อย่างนี้แล้วเราก็ควรจะรักษาสุขภาพของเราให้ได้อยู่เสมอ เพื่อที่เราจะได้มีจิตใจที่มีความสุข รื่นโรจน์ ไม่ติดขัด มีเมตตา มีสติ มีสมาธิ และการที่ครอบครัวจะมีความอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง และสังคมมีความยุติธรรมได้นั้น จะต้องเกิดขึ้นจากการจัดการทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งสุขภาพในระดับของปัจเจกบุคคล (Individual Health) สุขภาพของครอบครัว (Family Health) อนามัยชุมชน (Community Health) และสุขภาพของสาธารณะ (Public Health) นั่นเอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่อันตรายและเป็นภัยคุกคามประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีอัตราป่วยสูงเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยสูง กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วีสูง และกลุ่มที่สามเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยคือยาหลายขนานสูง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าหากการควบคุมวัณโรคไม่ได้ผล ช่วงเวลาจากปัจจุบันถึง พ.ศ. 2563 จะมีประชากรอีกประมาณ 1,000 ล้านคน ที่ติดเชื้อวัณโรค จำนวน 200 ล้านคน จะป่วยเป็นวัณโรค และ 70 ล้านคนจะเสียชีวิตด้วยวัณโรค สถานการณ์วัณโรคเป็นที่น่าวิตกยิ่งขึ้นเมื่อรายงานการสำรวจการดื้อยาวัณโรคใน 35 ประเทศพบว่า 1 ใน 3 ของประเทศที่มีการสำรวจมีอัตราพบเชื้อวัณโรคคือดื้อยาหลายขนานอย่างน้อยร้อยละ 2 ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว รักษาวัณโรคคือยาบางรายได้สำเร็จ แต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 250,000 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยแต่ละราย วัณโรคคือยาโดยทั่วไปเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีโอกาสในการรักษาหายน้อยมาก อันตรายของวัณโรคคือยาไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายอยู่ในอากาศ การหายใจเอาเชื้อ

เข้าไปเพียงตัวเดียว ก็สามารถทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อได้หากร่างกายบุคคลนั้นอ่อนแอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ประเทศไทยได้รับการจัดลำดับความรุนแรงของโรควัณโรคจากองค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี 2558 เป็นประเทศ 1 ใน 14 ประเทศระดับโลก ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และคาดว่าผู้ป่วยรายใหม่จะมีจำนวนจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวจะมีผู้เสียชีวิต 12,000 ราย รวมทั้งมีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณปีละ 2,200 ราย ประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า (ยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564) แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจความชุกวัณโรคทำให้ทราบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย พบวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบได้บ่อยทั้งคนในเมืองและชนบทโดยเฉพาะตามชุมชนที่ผู้คนอยู่กันอย่างแออัดพบในเด็กคนสูงอายุ และคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไอโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัณโรคควบคุมได้ยากและเกิดการแพร่ระบาดใหม่ไปทั่วโลกนั่นคือการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistance Tuberculosis ; MDR-TB) และการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) ความแออัดของประชากรหรือชุมชน ประชากรไวต่อเชื้อ เช่น มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือเด็กซึ่งมีภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่ดีพอ จะไวต่อการติดเชื้อ เชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้วัณโรคระบาดเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยทุกประเภททั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 67,789 ราย อัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59 ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 62,154 ราย อัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 55.33 ปีงบประมาณ 2559 มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 67,193 ราย อัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 ปรากฏในงานด้านสาธารณสุขไทยได้มีนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์งานวัณโรคระดับชาติ มีเป้าหมายลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี

พ.ศ. 2564 และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์วัณโรค (The End TB Strategy) ที่แนะนำโดย องค์การอนามัยโลก แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญพร้อมเป้าประสงค์ และมาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์คือ 1. เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุม โดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 2. ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อ ป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค 4. สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน 5. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค (กระทรวง สาธารณสุข, 2559)

ในพื้นที่ภาคอีสาน สถานการณ์วัณโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 6 ขอนแก่น (9 จังหวัด ได้แก่ หนองบัวลำภู ขอนแก่น เลย อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ บึงกาฬ) พบว่า ผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบเชื้อและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรค มีจำนวนกว่า 4,400 ราย (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2558) ทั้งนี้แต่ละเขตการตรวจราชการพบว่ามี การขึ้นทะเบียนเทียบสัดส่วน ในแต่ละเขตจะมีความแตกต่างกันอาจเนื่องจากการรณรงค์ ของแต่ละ เขต คิดเป็นอัตราป่วย 63 ต่อแสนประชากรจังหวัดกาฬสินธุ์จัดเป็นจังหวัดอันดับที่ 3 ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่นที่มีสถิติจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2558)

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มลดลงทุกปี คือ 1,241 ราย, 1,205 ราย และ 1,031 ราย ตามลำดับ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระหว่าง ปีงบประมาณ 2556 – 2558 คือ ร้อยละ 84.19, ร้อยละ 85.68 และร้อยละ 85.33 ตามลำดับ เป็นไปได้ว่าจากผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคที่สูงขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ ให้ลดลง ปีงบประมาณ 2558 อัตราความสำเร็จการรักษาร้อยละ 85.33 ปัญหาส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 8.38 ขาดยาร้อยละ 2.10 และประเมินการรักษาไม่ได้ร้อยละ 2.10 ข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2560 จำแนกเป็น 10 กลุ่ม รวมประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทั้งหมด 103,229 คน ผลการคัดกรองค้นหาวัณโรค ในไตรมาสที่ 1/2560 (ตุลาคม – ธันวาคม 2559) ได้จากสัมภาษณ์คัดกรอง 12,657 คน พบอาการสงสัยวัณโรคส่งเอกซเรย์ทรวงอก 2,307 คน ตรวจเสมหะ 870 คน พบว่า ป่วยเป็น วัณโรค 54 คน กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองแล้วพบว่าป่วยเป็นวัณโรคสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนในการรักษาตัวของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีระยะการนอนรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ 5 – 51 วัน เฉลี่ย 11 วัน พบว่ามีผู้ป่วยกลับบ้านแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน

28 วัน ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตั้งแต่ 5,470 – 72,655 บาท เฉลี่ย 12,061 บาท ผู้ป่วยวัณโรค ที่รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้น สูตรพื้นฐานรักษา 6 เดือน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 5,000 – 10,000 บาท (กาญจนา พะวินรัมย์, 2556)

พระสงฆ์ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยของพระพุทธเจ้าแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย การอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป จากอดีตที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มนักบวชหรือพระสงฆ์ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสน้อย ในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ และขาดการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามศาสนกิจประจำวัน เผชิญปัญหาความเครียดต่าง ๆ ที่มาจากประชาชน นอกจากนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ได้จากการบิณฑบาตขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา กลางแจ้งของพระสงฆ์ เป็นต้น พระสงฆ์ยังต้องกินอยู่เพื่อบำรุงชีวิตและร่างกายให้ดำรงอยู่ยังต้องการเครื่องนุ่งห่มเพื่อกันความร้อนเย็น ยังต้องมีที่อยู่อาศัยกันแดดกันฝน และยังต้องการยาอันต้องใช้เพื่อป้องกันรักษาความเจ็บไข้ในร่างกาย สิ่งซึ่งจำเป็นทั้ง 4 อย่างนี้ ภิกษุจะเที่ยวหาโดยใช้ทุนทรัพย์ซื้อหา หรือแลกเปลี่ยนเช่นสามัญชนไม่ได้ เพราะได้สละบรรดาทรัพย์สมบัติแล้ว จึงเป็นหน้าที่ของผู้เป็นคฤหัสถ์ จะต้องจัดหาให้แก่พระภิกษุด้วยน้ำใจศรัทธา ด้วยสิ่งของที่คฤหัสถ์มีอยู่แล้ว หรือซึ่งอาจจะจัดหามาได้ด้วยกำลังทุนทรัพย์ (ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์, 2553)

สุขภาพของพระสงฆ์ เป็นปัญหาที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับพระสงฆ์เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ความเฉพาะของความเป็นสงฆ์ ที่จะต้องอยู่ในพระวินัยและเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสถาบันศาสนา หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขของพระสงฆ์ สถิติพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเมื่อปี 2550 พบว่า พระสงฆ์ผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 220 รูป มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 166 รูป คิดเป็นร้อยละ 75.46 โรคที่พระสงฆ์ป่วยมากที่สุด พบว่า 5 อันดับแรกคือ มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 21 รูป คิดเป็นร้อยละ 9.55 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 4.55 โรคเบาหวาน จำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 3.63 โรควัณโรค จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.27 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 1.82 ซึ่งพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นพระสงฆ์ที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวคือเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อแพทย์ให้กลับไปพักผ่อนและดูแลรักษาสุขภาพต่อที่วัด (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, 2557)

ปัญหาในมิติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า 1 ใน 5 อันดับโรคที่พระสงฆ์อาพาธคือโรคผิวหนังในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยวิธีโรค และจากสถิติการอาพาธด้วยโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ จากปีงบประมาณ 2558 ถึง ปีงบประมาณ 2560 พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธ มีจำนวน 15, 18 และ 20 รูป ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 90, 80 และ 90 ตามลำดับ การดำเนินการที่ผ่านมา พระสงฆ์จะได้รับการรักษาโรคที่โรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัด รวมถึงการดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จริยวัตรของพระสงฆ์จะต้องรับกิจนิมนต์เมื่อชาวบ้านมานิมนต์แม้บางครั้งอาพาธจะปฏิเสธค่อนข้างยาก และ การที่พระสงฆ์ต้องรับกิจนิมนต์ โดยเข้าไปปฏิบัติกิจทางศาสนาที่บ้านของชาวบ้าน และวันพระสำคัญๆ ที่มีทั้งพระสงฆ์รวมทั้งฆราวาส มาดำเนินกิจกรรมทางศาสนาร่วมกับทางวัด ในเรื่องของ การรักษาโรค พระสงฆ์เป็นสมณเพศที่ทุกคนให้ความเคารพเลื่อมใสศรัทธา บางครั้งการให้ คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ยังเป็นไปด้วยความเกรงใจ เช่นคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพระกาย สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพราะเจ้าหน้าที่และแม่แต่พระสงฆ์ด้วยกันเอง คิดว่าการให้คำแนะนำ อาจไม่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่มีผู้ดูแลชัดเจนเหมือนประชาชนทั่ว ๆ ไป การไม่ปรับพฤติกรรม บางอย่างเช่นเรื่องการสูบบุหรี่ การรับกิจนิมนต์และต้องไปปฏิบัติกิจโดยเทศนาทั้งที่ป่วยเป็นโรคที่ สามารถแพร่ กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นและไม่ได้มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเป็น รูปธรรม จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวอ้างอิงในข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบการ พัฒนาการดูแลสุขภาพชีวิตพระสงฆ์และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์และประชาชนในการดูแล พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคผิวหนัง ให้มีรูปแบบที่เป็นการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน ชุมชนชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธ และการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธดีขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคผิวหนัง
ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคผิวหนังในจังหวัดกาฬสินธุ์

คำถามในการวิจัย

1. บริบททั่วไปของจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นอย่างไร กิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์เป็นอย่างไร
2. สถานการณ์พระสงฆ์อาพาธวัดโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นอย่างไร ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธวัดโรคปอดของพระสงฆ์เป็นอย่างไร และข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธวัดโรคปอดเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคปอดเป็นอย่างไร และรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคปอดของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นอย่างไร ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคปอดพระสงฆ์ของการบริการสาธารณสุขและของคณะสงฆ์เป็นอย่างไร และควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์อย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. วัดโรคปอด หมายถึง โรคติดเชื้อเรื้อรัง ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เป็นเชื้อวัณโรคที่ปอดเพราะนอกจากการเกิดที่ปอดแล้ววัณโรคสามารถเกิดโรคที่อวัยวะอื่นได้หลายแห่ง เช่น ต่อมน้ำเหลือง สมอง ลำไส้กระดูก ฯลฯ ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้จะศึกษาในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยวัณโรคปอด
2. พระสงฆ์อาพาธ หมายถึง พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคปอดและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้นทะเบียนและเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยวัณโรคของคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล
3. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรค หมายถึง วิธีการดูแลทั้งในเรื่องการดูแลตนเองของพระสงฆ์ การปฏิบัติ เมื่อพระสงฆ์อาพาธเป็นวัดโรค และการดูแลจากบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องและอาศัยอยู่แวดล้อมเมื่อมีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัดโรคเป็นวิธีการหรือระบบที่ปฏิบัติสืบเนื่องต่อกันมา เช่น ในเรื่องการดูแลรักษา การดูแลและปฏิบัติในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการอาพาธเป็นวัดโรคของพระสงฆ์เป็นการดูแลในระบบบริการสาธารณสุขและการดูแลในระบบการดูแลของคณะสงฆ์
4. จริยวัตรของพระสงฆ์ หมายถึง บทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์ในการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย ตั้งแต่ตื่นจากการจำวัด ถึงเข้าจำวัด เช่น และกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นจนจำวัดของพระสงฆ์ เช่น การทำวัตรสวดมนต์การฉันอาหาร การกระทำกิจวัตรส่วนตัว การรับกิจนิมนต์ และการปฏิบัติศาสนกิจอื่นตามพระธรรมวินัย

5. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธวัณโรคปอด หมายถึง การบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1 การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการบริการสาธารณสุขหมายถึงระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธโดยดำเนินวิธีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพการให้คำแนะนำการป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพและมีการผสมผสานความร่วมมือในการดูแลนี้ทั้งในโรงพยาบาลในอำเภอและในหมู่บ้าน ในชุมชนที่พระสงฆ์อาศัยประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความรู้เรื่องสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งในชุมชนจะผ่านระบบการจัดการบริการด้านสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.2 การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายถึง การให้การดูแลเมื่อมีพระสงฆ์ในสังกัดอาพาธเป็นการดูแลในระบบของพระสงฆ์ในแต่ละวัดและแต่ละนิกาย

6. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง องค์ประกอบและสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์ เช่น ที่อยู่อาศัย การรับประทาน การอยู่ร่วมกัน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ฯลฯ

7. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธวัณโรคปอด หมายถึง การมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และจริยวัตรของพระสงฆ์

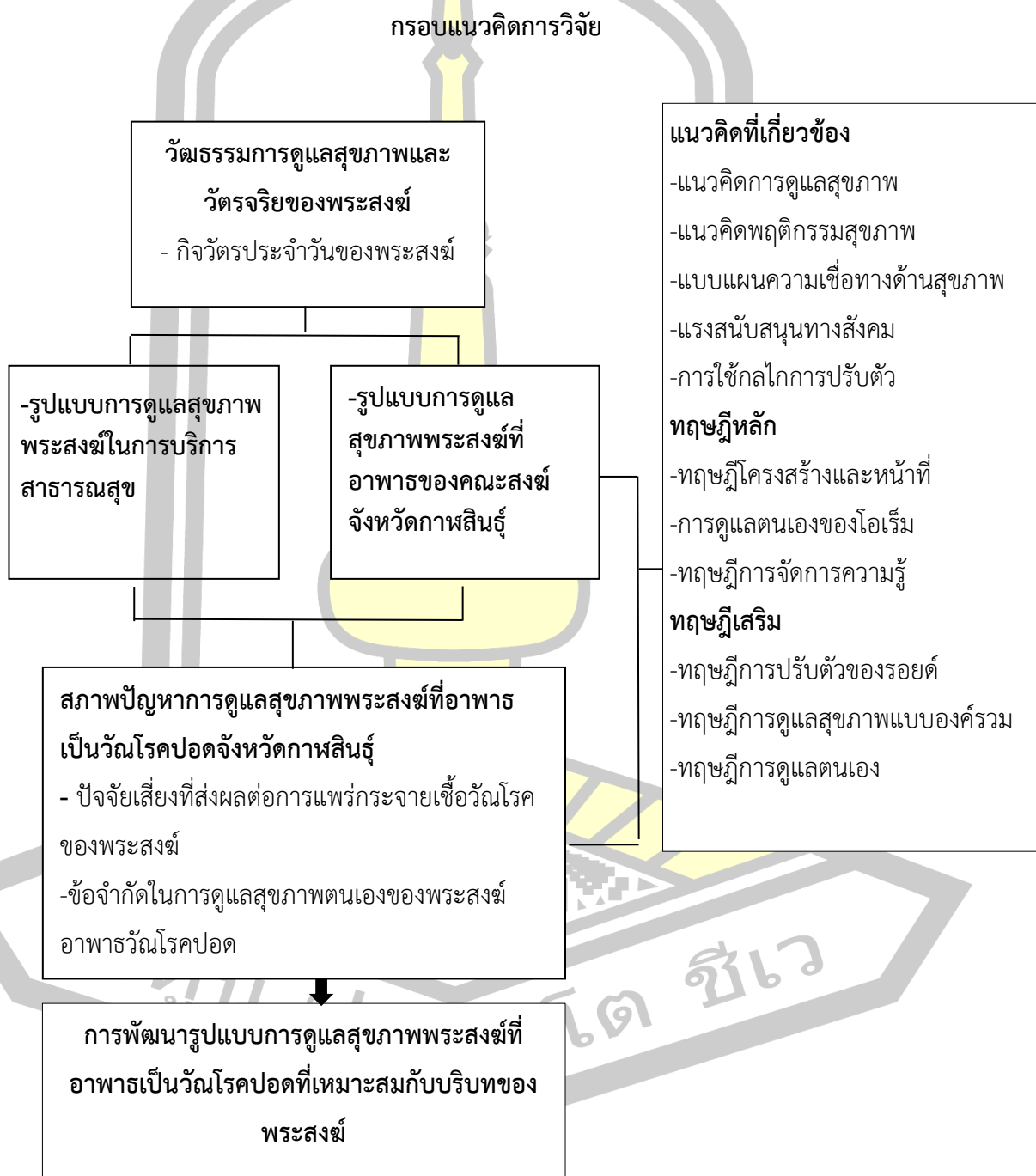
8. เสนาสนะหมายถึง ที่อยู่อาศัยของภิกษุสงฆ์ เช่น กุฏิ วิหาร ศาลา รวมถึงที่นั่งและเครื่องใช้ เกี่ยวกับสถานที่หรือสิ่งที่ใช้ในการพำนัก เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียง ตั่ง หมอน หรือแม้แต่โคนต้นไม้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบบทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์ในการปฏิบัติตามพระธรรมวินัยและกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์
2. ทราบสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธวัณโรคของพระสงฆ์และข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธวัณโรคปอด
3. ทราบรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการบริการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และทราบรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ได้องค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และจริยวัตรของพระสงฆ์

5. เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุม วัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข เช่นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาหารเป็นวัณโรคปอด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ผู้วิจัยได้นำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะสังคมและวัฒนธรรม
 - 1.1 สังคมและวัฒนธรรมจังหวัดกาฬสินธุ์
2. องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคความหมายของโรคชนิดของการเกิดโรค การติดต่อการวินิจฉัย การรักษาภาวะแทรกซ้อนการดูแลและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรค
 - 2.2 พระสงฆ์ธรรมะและพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
3. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง
4. บริบทพื้นที่วิจัย
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิด
 - 5.1.1 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.1.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ
 - 5.1.3 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ
 - 5.1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 5.1.5 กลไกการปรับตัว
 - 5.2 ทฤษฎี
 - 5.2.1 ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่
 - 5.2.2 การดูแลตนเองของโอเร็ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ลักษณะสังคมและวัฒนธรรม

สังคมวัฒนธรรมจังหวัดกาฬสินธุ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดเล็กของภาคอีสานตอนบน ลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่แถบภูเขาสูงจนถึงที่ราบลุ่มมีน้ำแช่ซึ่งลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปของจังหวัดกาฬสินธุ์สามารถแบ่งลักษณะภูมิประเทศได้ 5 ลักษณะ 1. พื้นที่ที่เป็นภูเขา 2. สภาพเป็นหุบเขา 3. สภาพเป็นลูกคลื่นสูงจากระดับน้ำปานกลาง 175 – 250 เมตร 4. สภาพค่อนข้างราบ และ 5. สภาพพื้นที่ราบลุ่มริมฝั่งน้ำ

กาฬสินธุ์เป็นผืนดินเก่าแก่ทางภาคอีสาน ที่มีมรดกทางความเชื่อ วัฒนธรรม และทรัพยากรธรรมชาติ ตกทอดมาอย่างยาวนาน ซึ่งปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมค่อนข้างมาก ส่งผลให้คุณค่าดั้งเดิมจางหาย บ้านกลางหมื่น เป็นหมู่บ้านที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ของการก่อตั้งเมืองกาฬสินธุ์ เมื่อท้าวโสมพะมิตร อพยพมาจากนครเวียงจันทน์ มาสร้างชุมชนแห่งนี้ก่อนอพยพไพร่พลไปอยู่บริเวณริมแม่น้ำปาว ซึ่งเป็นที่ตั้งเมืองกาฬสินธุ์ในปัจจุบัน ที่บ้านกลางหมื่นแห่งนี้ ยังเป็นชุมชนที่เคยรุ่งเรืองมาทั้งด้านประวัติศาสตร์ การเมือง การปกครอง ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศิลปวัฒนธรรม เมืองค้พระเจ้าใหญ่หรือหลวงปู่ เป็นจุดศูนย์รวมจิตใจที่ยังคงทำให้คนในชุมชนรักษาคุณค่าทางวัฒนธรรมและทรัพยากรธรรมชาติของท้องถิ่นไว้ได้ (สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556)

พระสงฆ์มีส่วนช่วยในการพัฒนาทางด้านพฤติกรรมของบุคคล ในสังคมโดยการอบรมสั่งสอน เทศน์ เพื่อชี้ให้เห็นถึงโทษของสิ่งที่ไม่ดี หรืออบายมุขการ เช่น เล่นการพนัน การละอายต่อบาป การร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีตามแนวทางของศาสนา และความเชื่อในทางที่ถูกต้อง บทบาทของพระสงฆ์กลมกลืนไปกับวัฒนธรรมเดิมของชาวพุทธ เพราะในอดีต วัดและบ้านสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พระเป็นผู้นำของชาวบ้านทั้งด้านจิตใจ การปกครอง และสังคม ฉะนั้น พระสงฆ์จึงมีบทบาทต่อการพัฒนาสังคม รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและ วัฒนธรรม อันดีงามของชาติบ้านเมืองให้ดำรงอยู่ได้ตลอดกาล พุทธศาสนาช่วยนำพาจิตใจของประชาชนให้มีความคิดดี พุทธิ ทำดีวัฒนธรรมช่วยกลมเกลียวจิตใจผู้คนให้เป็นชาวพุทธที่ปฏิบัติสิ่งดีงามปฏิบัติกลืนกลมในสังคมไทย เป็นปัจจัยของวัฒนธรรมประจำมาตราบนานเท่านาน (ฉวีวรรณ สุวรรณภา, 2554)

โดยสรุป พระสงฆ์และสถาบันศาสนาเป็นสถาบันที่มีบทบาทและมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของบุคคลและชุมชนดังนี้

1. สถาบันทางศาสนาเป็นเครื่องมือเสริมสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน บุคคลเมื่อมีความเชื่อและศรัทธาในสิ่งเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งด้วยกันและกัน เกิดสายสัมพันธ์ทางจิตใจนำมาซึ่งกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อส่วนรวมอื่น ๆ อีกมากมาย การมีความรู้และความเชื่ออย่างเดียวกันทำให้บุคคลมีแนวความคิด โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสิ่งอันเป็นธรรมชาติ เกี่ยวกับชีวิตและสังคม พิธีกรรมทางศาสนาทำให้แต่ละคนได้รู้ข่าวคราว ความทุกข์สุข ได้ศึกษาปัญหา ให้ข้อคิดเห็นและช่วยเหลือเกื้อกูลกันตามโอกาส ชุมชนก็จะมีแต่ความกลมเกลียวสามัคคี เป็นปึกแผ่นอันหนึ่งอันเดียวกัน
2. สถาบันทางศาสนา ตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจของบุคคล นอกจากจะมีความต้องการปัจจัยสี่ คือ 1. ที่อยู่อาศัย 2. อาหาร 3. เสื้อผ้า 4. ยารักษาโรค และยังจำเป็นต้องมีที่พึ่งทางใจเพื่อต่อสู้กับปรากฏการณ์ธรรมชาติที่นอกเหนืออำนาจของมนุษย์จะเข้าใจและควบคุมได้ ศาสนาจึงเป็นทางแห่งชีวิตโดยมีเทพเจ้าต่าง ๆ คอยช่วยต่อสู้กับอำนาจชั่วร้าย เช่น อำนาจทางพายุ คลื่นทะเล ไฟแลบ ไฟผ่า
3. สถาบันทางศาสนา สร้างความสมดุลทางใจแก่บุคคลและสังคม โดยอาศัยเรื่องเล่าปรัมปรา และสมมติเทพต่าง ๆ ในการตอบปัญหาที่มนุษย์ไม่อาจจะหาคำตอบได้ เช่น เมื่อมีข้อข้องใจว่าโลกและจักรวาลนี้เกิดมาได้อย่างไร ศาสนาคริสต์ก็ตอบว่า พระเจ้าเป็นผู้สร้างเป็นต้น
4. สถาบันทางศาสนา กำหนดแบบแผนพฤติกรรมของชุมชนโดยทางพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การเกิด การแต่งงาน การทำบุญ การตาย
5. สถาบันทางศาสนา เป็นแหล่งให้การศึกษาตลอดชีพแก่ชุมชน โดยผู้ทำหน้าที่ของสถาบัน คือ พระสงฆ์ เป็นผู้แนะนำสั่งสอนความรู้และวิชาชีพที่นอกเหนือจากพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ชุมชนไทยที่เป็นชาวพุทธก็มีวัดเป็นแหล่งวิทยาการต่าง ๆ มาตั้งแต่โบราณสืบต่อมาจนถึงปัจจุบัน จนมีคำพูดกันติดปากว่า “บวชเรียนเขียนอ่าน” วัด เป็นสถานที่เรียน อ่าน เขียน คิดเลข และงานฝีมือต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัดและสอนโดยพระสงฆ์ของวัดนั้น ๆ เป็นต้น สำหรับประเทศไทย มีพระพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 9 ได้กล่าวว่า พระมหากษัตริย์ทรงเป็นพุทธมามกะ และทรงเป็นอัครศาสนูปถัมภก ประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา ประมาณร้อยละ 90 และสถาบันศาสนาเป็นระบบย่อยของสังคมไทยซึ่งมีวัดเป็นศาสนสถาน มีพระสงฆ์เป็นศาสนบุคคลที่จะทำให้พระพุทธศาสนาช่วยในการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติอย่างสำคัญยิ่งคนไทยสมัยโบราณหันหน้าเข้าวัด ไกลชิดวัด สนุกกับวัดมาก และวัดก็ทำหน้าที่ที่สำคัญเพื่อชาวบ้านมากมาย เช่น

1. เป็นสถานศึกษา ชาวบ้านส่งลูกหลานอยู่วัดเพื่อรับใช้พระและรับการอบรม ศีลธรรมเล่าเรียนวิชาการต่าง ๆ จากพระ
2. เป็นสถานสงเคราะห์บุตรหลานชาวบ้านที่ยากจนได้มาอาศัยอยู่ในวัด อาศัยเล่าเรียนและดำรงชีพ แม่ผู้ใหญ่ที่ยากจนก็อาศัยวัดดำรงชีพ
3. เป็นสถานพยาบาลรักษาผู้เจ็บป่วยตามความรู้ ความสามารถในสมัยนั้น
4. เป็นที่พักคนเดินทาง
5. เป็นสโมสรของชาวบ้าน ชาวบ้านมาพบปะสังสรรค์ พักผ่อนหย่อนใจ
6. เป็นสถานบันเทิงที่จัดงานเทศกาลและมหรสพต่าง ๆ
7. เป็นที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (ชาวบ้านไปหาความยุติธรรมที่วัด)
8. เป็นที่ปรึกษาการครองตน การครองชีพ แก้ปัญหาชีวิตครอบครัวและความทุกข์ต่าง ๆ
9. เป็นศูนย์กลางศิลปวัฒนธรรม ที่รวบรวมศิลปกรรมต่าง ๆ ของชาติ
10. เป็นคลังพัสดุ เก็บของใช้ต่าง ๆ ที่ชาวบ้านจะได้ใช้ร่วมกันเมื่อมีงานที่วัด หรือเอาไปใช้ เมื่อตนมีงาน
11. เป็นศูนย์กลางการปกครองท้องถิ่น ที่กำนันผู้ใหญ่บ้านเรียกประชุมลูกบ้าน ชี้แจงข้อราชการต่าง ๆ
12. เป็นที่บำเพ็ญกุศลกิจ หรือประกอบพิธีกรรมตามประเพณีดังกล่าวที่ว่า วัดจะดี มีหลักฐาน เพราะบ้านช่วย บ้านจะสวย เพราะมีวัดดัดนิสัย บ้านกับวัดผลักดันช่วย อำนวยช่วย ถ้าขาดกัน ก็บรลัย ทั้งสองทาง เช่นในอดีต ประเพณีการลงแขกทำงานถือว่าเป็นวัฒนธรรมส่วนหนึ่งที่ตั้งงามของสังคม เป็นการเสริมสร้างความสามัคคี การเอื้อเพื่อเกื้อกูล และการรวมพลังชุมชน ไม่มีระบบเงินตรา เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ปัจจุบันระบบเงินตราตามระบบทุนนิยมเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นการทำลายวัฒนธรรมที่ตั้งงามของสังคมชนบท ทำให้ความสามัคคี การเอื้อเพื่อเกื้อกูล และการรวมพลังชุมชน ขาดหายไป สังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทุก ๆ ด้าน มีลักษณะของ “มะเร็งทางสังคม” เป็นสังคมที่ไร้เข็มทิศ ขาดจุดยืนและอุดมการณ์ในความเป็นไทย เพราะสังคมไทยได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามาผสมผสานวัฒนธรรมดั้งเดิมมากมายหลายด้าน โดยเฉพาะรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดี

หลักของพระพุทธศาสนาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความคิดทางด้านการพัฒนา ด้านจิตใจ เพราะพระพุทธศาสนาเน้นถึงธรรมะที่สามารถนำมาประยุกต์กับการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี เช่น พระพุทธศาสนาสอนให้คนมีความเสียสละช่วยเหลือต่อส่วนรวม มีจิตใจเป็นธรรม ทำให้บุคคลรู้จักตนเอง รู้จักสังคมและทำประโยชน์ต่อสังคม

องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1.1 ความหมาย

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ ไมโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส Mycobacterium Tuberculosis หรือเรียกย่อ ๆ ว่า TB ซอบอยู่ในที่ที่มีออกซิเจนมาก ๆ เช่น ปอดวัณโรคปอดแพร่กระจายได้โดยบุคคลสูดลมหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคซึ่งมีขนาดเล็กมากประมาณ 1 – 5 ไมครอนเข้าไป ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคพูด ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลงหรือดมเสมหะ (สมศรี ธรรมโม, 2544) โดยเชื้อจะออกมาจากน้ำลายหรือละอองเสมหะและจะลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานาน โดยเฉพาะในที่ที่อากาศไม่ถ่ายเทหรือไม่ค่อยมีแสงส่องถึง เช่น ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ในเครื่องบิน ในรถประจำทาง เมื่อเราหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปก็จะทำให้มีโอกาสดูดเชื้อได้วัณโรคมักเป็นที่ปอด โดยหลังจากหายใจเอาเชื้อนี้เข้าไป เชื้อจะไปซ่อนตัวอยู่ที่ปอด รอเวลาที่ร่างกายอ่อนแอก็จะกำเริบ มีอาการของโรคให้เห็น นอกจากนี้เชื้ออาจจะกระจายไปส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง กระดูก ต่อม้ำเหลืองไต เป็นต้น หรือหากเชื้อเข้าทางบาดแผลก็จะเป็นโรคที่ผิวหนังการติดเชื้อวัณโรคปอดระยะแรก เกิดขึ้นเมื่อมีการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอด เมื่อผ่านถึงถุงลม เชื้อจะมีการแบ่งตัวและถูกจับกินโดยแมคโครฟาจ แต่เชื้อตัวที่ยังไม่ตายสามารถแบ่งตัวได้ในเซลล์ของแมคโครฟาจ หลังจากนั้นเชื้อจะแพร่กระจายไปทางระบบน้ำเหลืองใกล้เคียง กระจายสู่กระแสเลือดไปสู่อวัยวะอื่น ๆ โดยเฉพาะไขกระดูก ตับ ม้าม บริเวณที่มีการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรกมักเป็นที่ปอด เนื่องจากปอดมีออกซิเจนอยู่มากจึงเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรค และสามารถแพร่กระจายวัณโรคออกไปนอกร่างกายได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักมีประวัติการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เป็นวัณโรค ผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคหากร่างกายแข็งแรงและมีภูมิต้านทานที่ดีจะไม่ป่วยเป็นวัณโรค แต่เชื้อจะซ่อนอยู่ภายในร่างกาย เมื่อร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ เชื้อวัณโรคก็แพร่พันธุ์และกำเริบป่วยเป็นวัณโรคทั้งที่อาจไม่ได้รับเชื้อเพิ่มเข้าไปใหม่ โดยทั่วไปประชาชนเกือบทุกคนเคยได้รับเชื้อและมีการติดเชื้อวัณโรคแล้ว อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งอาจเกิดภายหลังการติดเชื้อในไม่กี่สัปดาห์หรืออาจ 20 – 30 ปีให้หลังก็ได้ ซึ่งการป่วยเป็นเบาหวานและการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดเป็นวัณโรคแทรกซ้อนระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับเชื้อจนกระทั่งป่วยเป็นวัณโรคจะประมาณ 1.4 ปี (กรมควบคุมโรค, 2551) โดยผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา 1 คน และภายในเวลา 1 ปี ผู้ป่วยวัณโรคหากไม่ได้รับการรักษาสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นรอบข้างได้ 10 – 14 คน แต่ถ้าผู้ป่วยนั้นได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็จะหยุดการแพร่กระจายเชื้อในเวลาเพียง 2 - 3 สัปดาห์เท่านั้น

1.2 ชนิดของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามคำนิยามและได้รับการรักษาด้วยสูตรยาวัณโรคการจำแนกตามอวัยวะที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด (Pulmonary TB (PTB) : การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอด

วัณโรคปอดเสมหะบวก คือ

- ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อในเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง ร่วมกับ มีความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด
- ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อในเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้งถึงแม้ว่าภาพรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอด
- ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อในเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้งถึงแม้ว่าภาพรังสีทรวงอกไม่พบสิ่งผิดปกติ

วัณโรคปอดเสมหะลบ คือ ผู้ป่วยที่แม้ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 3 ครั้ง โดยวิธีย้อมเชื้อแต่ภาพรังสีทรวงอกมีพยาธิสภาพและมีอาการดังต่อไปนี้ร่วมด้วยคือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์หรือมีอาการของระบบทางเดินหายใจโดยมีอาการเหนื่อย หอบ, เจ็บหน้าอก, ไอมีเลือดปน หรืออาการอื่นๆที่อาจพบร่วมเช่น เบื่ออาหาร, น้ำหนักตัวลด, ไข้ตอนบ่ายหรือกลางคืน (กาญจนา พะวินรัมย์, 2556)

วัณโรคนอกปอด Extrapulmonary TB (EPTB) หมายถึง การมีพยาธิสภาพวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด เช่น ที่เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อเยื่อหุ้มสมอง

ผู้ที่ไม่ผลเสมหะ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้ตรวจเสมหะ

1.3 การวินิจฉัยวัณโรคปอด

แนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข วินิจฉัยจาก 4 องค์ประกอบ คือ

1.3.1 อาการและอาการแสดง อาการที่น่าสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ ไอเกิน 3 สัปดาห์ มักจะมีเสมหะ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสีเหลือง ขาวขุ่น เฝียวบางครั้งมีเลือดปน นอกจากนี้อาจมีอาการน้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไข้โดยเฉพาะตอนเย็น เหงื่อออกกลางคืน เจ็บหน้าอก หายใจหอบ เบื่ออาหาร ไอเป็นเลือด

1.3.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นการตรวจที่มีความเฉพาะเจาะจงต่ำ คือ ความผิดปกติที่เห็นอาจจะไม่ใช่จากวัณโรคก็ได้ โดยอาจเป็นเนื้องอกหรือมะเร็งหรือเกิดจากโรคติดเชื้ออื่น ๆ การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดจึงต้องกระทำร่วมกับการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยเสมอ

1.3.3 การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค

1.3.4 การย้อมเสมหะและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ด้วยวิธีการย้อมสี Acid Fast Bacilli Stain หรือ AFB เป็นวิธีที่ง่ายและได้ผลเร็ว ค่าใช้จ่ายน้อย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกที่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค จะต้องได้รับการตรวจเสมหะโดยวิธีนี้ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยทุกราย ในทางปฏิบัติให้ตรวจเสมหะผู้ป่วยที่พบแพทย์และแพทย์สงสัยเป็นวัณโรค รวม 3 ครั้ง คือ ครั้งแรก (วันแรก) ที่พบแพทย์และวันต่อมาอีก 2 วัน

การตรวจเสมหะโดยการเพาะเชื้อวัณโรคและการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรค ต่อยา จะทำในรายที่สงสัยว่า จะเป็นวัณโรคแต่เสมหะย้อมไม่พบเชื้อ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย การส่งเสมหะเพาะเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาวัณโรคก่อนการรักษา จะต้องทำในกรณี ที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีเชื้อวัณโรคคือยาในกรณีต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาไม่สม่ำเสมอ
2. ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ
3. ผู้ป่วยที่มีการรักษาล้มเหลว
4. ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยที่ดื้อยาหรือมีประวัติวัณโรคดื้อยา

ในครอบครัว

5. ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด

วัณโรคในผู้ใหญ่ ได้มีการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและคำแนะนำในการวินิจฉัย วัณโรคปอดโดยใช้อุปกรณ์ประกอบด้านต่าง ๆ นำมาประกอบการวินิจฉัย ได้แก่ ลักษณะทางคลินิก หรืออาการที่เข้าได้กับวัณโรคปอดภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้กับวัณโรคปอดและผลตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค (กาญจนา พะวินรัมย์, 2556) ซึ่งมีรายละเอียดที่สามารถอธิบายได้คืออาการของวัณโรคปอดที่ไม่จำเพาะเจาะจง ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกอ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่ายเหงื่อออกตอนกลางคืนหลังใช้สด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งบางรายอาจไม่มีน้ำหนักตัวลด บางรายไอเสมหะไม่มีเลือดปน บางรายไอแห้ง ๆ แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีอาการไอเรื้อรัง

ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรคของแพทย์

1. ผู้ที่มีอาการไอนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ไม่ว่าจะมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม จะต้องได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคทุกราย
2. ผู้ที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติอาจเข้าได้กับวัณโรค เช่น รอยโรคเป็นลักษณะ Reticulonodular หรือ Cavity ที่ตำแหน่งปอดกลีบบนอย่างไรก็ตามรอยโรคเหล่านี้ อาจเป็นรอยโรคเก่าของผู้ป่วยวัณโรคที่เคยเป็นและรักษาหายขาดแล้วอาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

หรืออาจเกิดจากโรคอื่น เช่น เนื้องอก ปอดอักเสบจากการติดเชื้อชนิดอื่น เป็นต้น ดังนั้นภาพถ่ายรังสีทรวงอกแม้ว่ามีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค แต่มีความจำเพาะต่ำ

3. ไม่ควรใช้ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพียงอย่างเดียวในการวินิจฉัยวัณโรค
4. เมื่อพบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้กับวัณโรค ต้องตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเสมอ
5. ในกรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ แต่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรค การนำภาพถ่ายรังสีทรวงอกเดิมของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกครั้งล่าสุดนี้จะมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรคมากขึ้น

1.4 การรักษา

ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551 ใช้ระบบ Categoryระบบมาตรฐานระยะสั้น คือ

1.4.1 ระบบยารวมที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา 6-8 เดือน ยาที่ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษา มีดังนี้ Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E) และ Streptomycin (S) ประเทศไทยได้เริ่มใช้ระบบยาระยะสั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528

1.4.2 ระยะของการรักษาระบบมาตรฐานระยะสั้น โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (Intensive Phase) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase)

สูตรยา

ระบบที่ 1 (Category 1) 2HRZE(S)/4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกหรือลบรายใหม่ที่มีอาการรุนแรง เช่น มีแผลโพรงหรือแผลขนาดใหญ่ในเนื้อปอด ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ชนิดรุนแรง ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอ็ดส์ร่วมด้วย ในระยะ 2 เดือนแรกจะใช้ยา 4 ขนาน H R Z E (หรือใช้ S แทน E) ทุกวันในระยะเข้มข้น (Intensive Phase) และใช้ยา 2 ขนาน คือ HR ในระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) โดยจะมีการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ในกรณีที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวกให้หยุดยา 2-3 วัน เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยาแล้ว ขยายการรักษาในระยะเข้มข้นต่อไปอีก 1 เดือนแล้วตรวจเสมหะหลังจากนั้นให้ยาในระยะต่อเนื่องได้ไม่ว่าผลตรวจเสมหะจะเป็นบวกหรือลบก็ตาม จากนั้นตรวจเสมหะในเดือนที่ 5 และเมื่อรักษาครบตามแผนการรักษา หากผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง และเมื่อสิ้นสุดการรักษาผลเสมหะต้องเป็นลบด้วยให้จำหน่ายผู้ป่วยเป็นรักษาหายขาด (Cure) แต่หากผลเสมหะครั้งใดครั้งหนึ่งใน 2 ครั้งเป็นบวกให้ถือว่าผู้ป่วยล้มเหลวต่อการรักษา

ระบบที่ 2 (Category 2) 2HRZES/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค มาก่อนและเสมหะเป็นบวก คือ กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากล้มเหลวซึ่งไม่ใช่ MDR-TB ผู้ป่วยที่รักษาซ้ำหลังจากขาดยา 2 เดือนติดต่อกันในระยะเข้มข้น 3 เดือนใช้ยา 5 ขนาน โดยใน 2 เดือนแรกจะให้ยาสูตร HRZES และให้ยา 4 ขนานต่ออีก 1 เดือนคือ HRZE และให้ยา 3 ขนานคือ HRE ในระยะต่อเนื่อง 5 เดือนหลัง โดยจะมีการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ในกรณีที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ยังเป็นบวก ให้หยุดยา 2 - 3 วัน เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวของยาแล้วขยายการรักษาในระยะเข้มข้นต่อไปอีก 1 เดือน โดยให้ยา HRZE แล้วตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 ถ้าคงยังเป็นบวกให้ส่งทดสอบความไวของยาแล้วให้ HRE ต่อไปจนครบถ้าผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเป็นบวกให้จำหน่ายเป็น Failure แล้วให้การรักษาด้วยยา Second Line Drugs

ระบบที่ 3 (Category 3) 2HRZ/4HR ใช้กับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะลบที่มีแผลในปอดไม่มาก หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ชนิดไม่รุนแรงในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกใช้ยา 3 ขนาน HRZ และใช้ยา 2 ขนานคือ HR ในระยะต่อเนื่อง 4 เดือนหลัง โดยจะมีการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ถ้าผลเสมหะเป็นลบให้ยาระยะต่อเนื่องต่อไป แต่หากผลเสมหะเป็นบวกให้จำหน่ายผู้ป่วยเป็น Failure แล้วเริ่มให้ยาระบบที่ 2

ระบบที่ 4 (Category 4) Second Line Dugs เป็นยาที่ใช้กับ Failure Case ที่ดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronis Case) หลักการคือให้ยา Second line ที่ไม่เคยให้มาก่อนอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป ถ้าไม่สามารถให้ยา Second line ได้ เนื่องจากเคยใช้ยามาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือมีอาการข้างเคียงจนต้องหยุดยา อาจพิจารณาให้ H ตลอดไป (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548)

แนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปี 2010 ได้เปลี่ยนแปลง การจัดการระบบยารักษาวัณโรค โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กระทรวงสาธารณสุข (แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ, 2556)

1. สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New Patient Regimen) 2HRZE/4HR ใช้รักษาผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาหรือเคยกินยารักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน ก่อนเริ่มการรักษาถ้ามีปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยา ควรส่งเสมหะเพื่อ Culture และทดสอบความไวต่อยา (DST)

ช่วง 2 เดือนแรกรักษาเหมือนเดิมคือ ใช้ยา 4 ขนาน H R Z E ทุกวัน 4 เดือนต่อมา ใช้ยา 2 ขนานคือ H R และยกเลิกการขยายเวลาของการรักษาในระยะเข้มข้น เมื่อพบว่าผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังพบเชื้อ แต่จะให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาดูที่อาการและภาพอ่านรังสีทรวงอก และแพทย์อาจพิจารณาขยายการกินยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดบางรายที่มีแผลที่ปอดขนาดใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวอาจมีความล่าช้า

ในการตอบสนองต่อการรักษา เช่น อาจใช้เวลาในการรักษานาน 9 – 12 เดือน ผู้ป่วยวัณโรค นอกปอด เช่น วัณโรคกระดูกและข้อรักษา 6 – 9 เดือน วัณโรคเยื่อหุ้มสมองรักษา 9 – 12 เดือน

2. สูตรยารักษาซ้ำด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 (Re-treatment Regimen with First Line Drugs) ใช้รักษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ รักษาด้วย 2HRZE/1HRZE/5HRE หลังการขาดยาหรือกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ก่อนเริ่มการรักษาต้องส่งเสมหะ Culture และส่งทดสอบความไวต่อยา (DST) ทุกราย การรักษาเข้มข้น 3 เดือนโดย 2 เดือนแรกให้ยา 5 ขนาน H R Z E และฉีดยา S เดือนที่ 3 หยุดยาฉีดและให้ยากิน 4 ขนานต่ออีก 1 เดือน หลังจากนั้นอีก 5 เดือนต่อมารักษาต่อเนื่องด้วยยา 3 ขนาน H R E

3. สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วย Treatment After Failure หรือมีผลยืนยันเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ก่อนเริ่มการรักษาต้องส่งเสมหะ Culture และส่งทดสอบความไวต่อยา (DST) ทุกราย รักษาด้วย $\geq 6\text{Km}5\text{LffEtoCs} \pm \text{PAS}/\geq 12\text{LffEtoCs} \pm \text{PAS}$

การฉีดยา จะต้องฉีดทุกวัน (หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน) เป็นเวลา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ต้องฉีดยาจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน (ให้ยาที่ไม่เคยใช้ หรือผลการทดสอบยืนยันว่ายังไวต่อยาอย่างน้อย 4 ขนาน ซึ่งมี Fluoroquinolone และมียาฉีดอีก 1 ชนิด) ต้องรักษาจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อ ติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ยาฉีดอย่างน้อย 8 เดือนและต้องฉีด จนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน ระยะเวลารักษายาอย่างน้อย 20 เดือน และต้องรักษาจนกว่าผลการเพาะเลี้ยงเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยสูตรยาผู้ป่วยใหม่ หรือสูตรยารักษาซ้ำให้ รักษาด้วยสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานก่อน ระหว่างรอผล Culture และทดสอบความไวต่อยา DST เมื่อทราบผลภายหลังอาจปรับสูตรยาตามผลความไวต่อยา ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายชื่อ ยาและตัวอักษรย่อ

คานามัยซิน (Kanamycin : K, Km)

ลิโวฟลอกซาซิน (Levofloxacin : Lfx)

เอทธิโอนามาไมด์ (Ethionamide : Eto)

พาราอะมิโนซาลิไซลิกแอซิด (Para-aminosalicylic acid : P, PAS)

ไซโคลซีรีน (Cycloserine, Cs)

ผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค โดยทั่วไปการรักษาวัณโรคตามท้องคการอนามัยโลกแนะนำ จะต้องประกอบด้วยยาหลายชนิดรวมกันจึงจะมีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค ฉะนั้นยาที่ผู้ป่วยได้รับจึงมีผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดดังนี้

Isoniazid (H) ข้อควรระวังในการใช้ ผู้ที่เคยเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ควรได้รับการตรวจหาความเข้มข้นของ Hepatic Transamine ในซีรัม ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคประสาทส่วนปลาย ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากโรคเบาหวาน ควรได้รับประทาน Pyridoxine (B6) ร่วมด้วยวันละ 10 มิลลิกรัม อาการข้างเคียงที่พบได้มีดังนี้ โดยทั่วไปถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามขนาดที่แนะนำจะทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้ อาการที่เกิดขึ้นที่ผิวหนัง และตามร่างกายอาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างสัปดาห์แรกของการรักษา ผู้ป่วยจะไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบประสาทส่วนปลาย แต่ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเป็นโรกระบบประสาทส่วนปลาย ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ควรให้ Pyridoxine (B6) ร่วมด้วยทุกวัน ภาวะตับอักเสบเป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่ถ้าเกิดแล้วจะรุนแรงมากต้องหยุดยาทันที เมื่อเริ่มรักษามักจะพบว่าความเข้มข้นของ Hepatic Transaminases ในซีรัมสูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความเข้มข้นของ Hepatic Transaminases จะลดลงเองแม้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

Rifampicin (R) เป็นตัวยาที่ละลายได้ดีในไขมันหลังจากที่รับประทานไปแล้วจะถูกดูดซึม และกระจายไปทางเนื้อเยื่อและของเหลวทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว อาการข้างเคียงพบได้แต่โดยทั่วไป ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามขนาดที่แนะนำ จะทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้ ผู้ป่วยอาจจะมีผื่นตามผิวหนัง มีไข้คล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ และมีจำนวนเกล็ดเลือดลดลง เมื่อเริ่มรักษาจะพบว่าระดับ Bilirubin และ Transminase ในซีรัมสูงขึ้นชั่วคราว โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะตับอักเสบเนื่องจากยาจะเกิดขึ้นได้ และมีความรุนแรงถึงตายได้ ดังนั้นจึงต้องให้ยาไม่เกินขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้คือ 10 มิลลิกรัม ต่อวัน ปฏิกริยากับยาอื่นๆโดยจะพบว่า Rifampicin จะทำให้อินซูลินของตับเพิ่มขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการเพิ่มขนาดของยาที่เมตาบอลิซึมที่ตับ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเบาหวานชนิดรับประทาน Anticoagulant ชนิดรับประทาน Corticosteroids ดังนั้นแพทย์อาจพิจารณาเพิ่มขนาดยาในกลุ่มนี้ในการรักษาโรค

Pyrazinamide (Z) ยานี้จะถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหารและกระจายยาไปอย่างรวดเร็วไปยังเนื้อเยื่อ และของเหลวทั่วร่างกาย ยาส่วนใหญ่จะถูกเมตาบอลิซึมที่ตับ และถูกขับออกทางไตอาการข้างเคียงที่พบได้อาจจะมีผื่นแดงที่ผิวหนัง เมื่อเริ่มรักษาความเข้มข้นของ Transminase ในซีรัมจะสูงขึ้น แต่ความเป็นพิษต่อดับอย่างรุนแรงจะพบน้อยมาก และเนื่องจากยาถูกขับออกทางไต จึงทำให้กรดยูริกในเลือดสูงขึ้น แต่มักจะไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ บางครั้งอาจจะมีเกาต์ได้ ซึ่งต้องรักษาด้วย Allopurinol ความเจ็บปวดที่ข้อต่อ หรือหัวไหล่จะเกิดขึ้นซึ่งบรรเทาด้วยยาแก้ปวด

Ethambutol (E) ยาที่ถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วในระบบทางเดินอาหาร ความเข้มข้นของพลาสมาจะสูงสุดภายใน 2 ชั่วโมง ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะ ห้ามใช้ในผู้ที่มีประสาทตาอักเสบมาก่อนไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เนื่องจากยาชนิดนี้ ทำให้เกิดประสาทตาอักเสบขึ้นได้ นอกจากนี้ยังสามารถ ทำให้เกิดปลายประสาทอักเสบเกิดขึ้นที่ขาได้ ห้ามใช้ในผู้ที่มีระดับ Creatinine Clearance น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ต่อนาที

Streptomycin (S) อาการข้างเคียงที่พบทำให้เกิดการปวดบริเวณที่ฉีดเกิดฝีหนอง อาการแพ้ อาจเกิดขึ้นได้ และอาจรุนแรง บางครั้งอาจทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของหูชั้นใน (Vestibular Function) อาการที่พบได้ คือ อาการปวดศีรษะ อาเจียน เสียการทรงตัวและเสียงดังอื้อในหู เมื่อมีสัญญาณเตือนดังกล่าวมาควรลดขนาดยาลง

การจำแนกผลของการรักษา ตามสาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดยา

1. รักษาหายขาด (Cured) ผู้ป่วยมีเสมหะบวกลบในตอนแรก ซึ่งเมื่อรักษาครบแล้วมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย
2. รักษาครบ (Completed) ผู้ป่วยเสมหะบวกลบในตอนแรกและมีผลเสมหะเป็นลบ เมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา
3. ล้มเหลว (Failure) ผู้ป่วยเสมหะบวกลบในตอนแรกที่มีผลเสมหะยังคงเหลือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรก แต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน
4. สูญหายขาดยา (Default) ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน
5. ตาย (Died) ผู้ป่วยตายขณะที่ยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุการตายแต่ควรพยายามระบุถึงสาเหตุการตายด้วย)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนและการดูแล

ผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากได้รับประทานยาวัณโรคได้จนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายเกิดผลข้างเคียงจนอาจต้องหยุดยาระหว่างการรักษา ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยารักษาวัณโรค แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.5.1 Major Side Effect ผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งจะต้องหยุดยาทันที ส่งปรึกษาแพทย์

1.5.2 Minor Side Effect ผลข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติบ้าง ไม่ต้องหยุดยา ให้การรักษาตามอาการ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ตาราง 1 อาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคและการรักษา

ยาที่เป็นสาเหตุ	อาการข้างเคียงที่พบรุนแรงได้	การดูแลรักษา
ทุกตัว	ผื่นผิวหนัง	หยุดยาที่เป็นสาเหตุ
S	หูหนวก เสียการทรงตัว	
S	วิงเวียนศีรษะ ตากระตุก	
S	ปัสสาวะออกน้อย	
H, R, Z	ตับอักเสบ ตาตัวเหลือง	
ยาส่วนใหญ่	ทำให้มีอาการสับสน	
E	การมองเห็นภาพผิดปกติ ไม่สามารถแยกสีแดงกับสีเขียว	
R	ซีด ผื่นขึ้น ไตวายเฉียบพลัน	
	อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง	ตรวจสอบขนาดยา ให้ยาต่อได้
ยาที่เป็นสาเหตุ	อาการข้างเคียงที่พบรุนแรงได้	การดูแลรักษา
Z, R, H	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง	รับประทานยาพร้อมอาหารหรือ ก่อนนอน
Z > E	ปวดข้อ	ให้ยาแก้ปวดข้อ
H	ชาปลายมือปลายเท้า	ให้ยาPyridoxine 50-75 ม.ต่อ วัน
H	ง่วง	ให้รับประทานก่อนนอน
R ให้ไม่ต่อเนื่อง	อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่	เปลี่ยนเป็นให้รับประทาน ต่อเนื่อง ทุกวัน

1. ปฏิบัติทางผิวหนัง

ยาทุกชนิดที่ใช้รักษาวัณโรคเป็นสาเหตุทำให้เกิดปฏิกิริยาทางผิวหนังได้ แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ อาการคันที่ไม่มีผื่นหรือมีผื่นแต่ไม่มีอาการตามระบบ ผื่นผิวหนังที่อาจมีอาการตามระบบ เช่น ไข้ร่วมด้วย และผื่นผิวหนังรุนแรงมากที่มีการอักเสบของเยื่อต่าง ๆ ร่วมด้วย

คำแนะนำ

1. มีอาการคัน แต่ไม่มีผื่น ให้ยาต้านฮีสตามีน รับประทานยาต่อได้ อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์
2. ผื่นผิวหนังที่อาจมีอาการตามระบบ เช่น ไข้ร่วมด้วย หยุดยาทุกชนิด ให้ยาต้านฮีสตามีน และพิจารณาให้ Prednisolone ขนาดต่ำ
3. ผื่นผิวหนังรุนแรงมากที่มีรอยโรคในเยื่อต่างๆ ร่วมด้วย หยุดยาทุกชนิด ให้ Systemic Steroid ขนาดสูง เช่น Prednisolone 40 - 60 มก.ต่อวัน และค่อย ๆ ลดขนาดยาตามการตอบสนอง กรณีนี้ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนการรักษา
4. ในระหว่างที่มีการหยุดยา ถ้าวัณโรคยังอยู่ในระยะรุนแรง ให้เลือกยาสำรองกลุ่มอื่นไปก่อน
5. เมื่อผื่นหายดี การพิจารณาให้ยาใหม่ที่ละตัว มีแนวทาง ดังนี้
 - 5.1 เริ่มให้ยา Isoniazid หรือ Rifampicin ต่อด้วย Ethambutol (E) หรือ Pyrazinamide (Z) เป็นตัวสุดท้าย
 - 5.2 ยาแต่ละชนิด เริ่มจากขนาด 1/3 ถึง 1/2 ของขนาดสูงสุด แล้วเพิ่มจนถึงขนาดสูงสุดใน 2-3 วัน แล้วเริ่มยาตัวถัดไปได้เลย ถ้ายาตัวก่อนหน้านั้นไม่เกิดปัญหา
 - 5.3 ถ้าเกิดผื่นขณะได้ยาตัวใด ให้หยุดยาตัวดังกล่าว รอให้ผื่นยุบหมด แล้วเริ่มยาตัวถัดไป และปรับสูตรยาให้เหมาะสม
2. คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ตับอักเสบ

อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเป็นผลของยาโดยตรงที่ระคายเคืองทางเดินอาหาร โดยไม่ได้เป็นตับอักเสบ มักเกิดหลังรับประทานยา ไม่ได้เป็นทั้งวัน โดยอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายในวันเดียวกัน เมื่อระยะเวลาห่างออกไปจากมื้อยา ส่วนใหญ่มักเป็นในช่วงสัปดาห์แรกๆ ของการรับประทานยา ส่วนอาการของตับอักเสบ มักจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอาจพบหลังเริ่มรับประทานยาไปแล้วหลายสัปดาห์ อย่างไรก็ตามการแยกภาวะตับอักเสบออกจากผลของยาที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้ หรือปวดท้องนั้น ทำได้โดยตรวจการทำงานของตับเท่านั้น ยาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดตับอักเสบได้แก่ H, R และ Z ส่วนกรณีที่มีเฉพาะค่า Bilirubin สูงขึ้นโดยไม่มีคามผิดปกติของ AST/ALT มักเกิดจากยา R

คำแนะนำก่อนเริ่มให้ยา

ก่อนเริ่มให้ยา ควรได้พิจารณาเจาะดูหน้าที่การทำงานของตับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ > 60ปี, ต้มสุราเป็นประจำ, มีประวัติเคยเป็นโรคตับ หรือมีเชื้อไวรัสตับอักเสบ, การติดเชื้อ HIV, มีภาวะทุพโภชนาการ, หญิงตั้งครรภ์

คำแนะนำการตรวจหน้าที่การทำงานของตับระหว่างการใช้ยา

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงชัดเจนในการเกิดตับอักเสบตรวจAST/ALT และTotal Bilirubin เฉพาะกรณีที่มีอาการสงสัยตับอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบตรวจ AST/ALT และ Total Bilirubin ทุก 1 - 2 สัปดาห์ ภายใน 1 เดือนแรก หลังจากนั้นพิจารณาเจาะตามความเหมาะสม

คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะได้รับยา

1. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน ให้เจาะเลือดดูการทำงานของตับ
2. ถ้า AST/ALT > 3 เท่าของค่าปกติ หยุดยา H, R และ Z
3. ถ้า AST/ALT ≤ 3 เท่าของค่าปกติ รับประทานยาต่อ สืบค้นสาเหตุอื่น และติดตามหน้าที่การทำงานของตับภายใน 3 วัน

คำแนะนำในกรณีผลเลือดผิดปกติโดยไม่มีอาการขณะได้รับยา

1. ถ้า Total Bilirubin > 3 มก/ดล แต่AST/ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือเพิ่มไม่เกิน 3 เท่า หยุดเฉพาะ R
2. ถ้า AST/ALT < 5 เท่าของค่าปกติ ให้รับประทานยาต่อเจาะเลือดดูการทำงานของตับทุก 1 สัปดาห์
3. ถ้า AST/ALT > 5 เท่าของค่าปกติ หยุดยา H, R และ Pyrazinamide

คำแนะนำในการ re-challenge ยา

1. ในกรณีที่เป็น Fulminant hepatitis ห้ามใช้ยาในกลุ่มนี้อีก
2. เมื่อ AST/ALT ลดลงจน < 2 เท่าของค่าปกติและ Total Bilirubin ลดลงจน < 1.5 มก/ดล.
3. เริ่มการให้ยาจาก H, R และ Z ตามลำดับ
4. ให้เริ่มจากขนาดยาปกติได้เลย
5. หลังการให้ยาแต่ละชนิดเจาะเลือดดู AST/ALT และ Total Bilirubin ภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าไม่พบความผิดปกติ จึงเริ่มยาตัวต่อไปได้
6. ระหว่าง re-challenge ถ้าค่า AST/ALT หรือ Total Bilirubin กลับสูงขึ้นตามเกณฑ์ที่กล่าวไว้ก่อนหน้า ให้หยุดยาและไม่กลับมาให้ยานี้อีก

3. ประสาทตาอักเสบ (Optic Neuritis, Retrobulbar Neuritis)

ยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงนี้คือ Ethambutol โดยมีความสัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ และอาจพบจาก Isoniazid ได้ อาการแรกสุดอาจเป็นการมองเห็นสีผิดปกติ (Dyschromatopsia, สีแดง-เขียว หรือน้ำเงิน-เหลือง) อาการอื่นของประสาทตาอักเสบได้แก่ ตามัว ภาพตรงกลางดำ มีด (Central Scotoma) มองเห็นภาพไม่ชัดเจนในเวลากลางคืน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บตาเวลากลอกตานำมาก่อนในช่วงแรก ประสาทตาอักเสบมักเกิดหลังได้รับยามาเป็นเดือน โดยมักพบในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของไตผิดปกติ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงนี้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 หายเป็นปกติหลังจากหยุดยา

คำแนะนำก่อนเริ่มให้ยา Ethambutol

1. สอบถามความผิดปกติของการมองเห็นก่อนเริ่มให้ยาทุกรายและคอยสอบถามบ่อยครั้ง
2. ตรวจการมองเห็น (Visual Acuity) และภาวะตาบอดสี ถ้าสงสัยมีความผิดปกติ

คำแนะนำระหว่างการให้ยา Ethambutol

1. เลือกขนาดยา Ethambutol 15มก./กก./วัน และไม่เกิน 20 มก./กก./วัน
2. แจ้งให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที เมื่อเกิดความผิดปกติในการมองเห็น และแจ้งให้แพทย์ทราบ
3. ไม่จำเป็นต้องตรวจการมองเห็นและภาวะตาบอดสีทุกครั้ง
4. สอบถามความผิดปกติของการมองเห็นทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา
5. ถ้ามีความผิดปกติในการมองเห็น ให้ตรวจการมองเห็นและภาวะตาบอดสีต้องหยุดยาแล้วรีบปรึกษาแพทย์
6. กรณีที่อาการไม่ดีขึ้นอาจเกิดจากยา Isoniazid ให้พิจารณาหยุด Isoniazid ด้วย

ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยาการประเมิน

การรับประทานยาของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรับประทานยา (Patient Compliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์แนะนำการที่ผู้ป่วยยินยอมรับประทานยาหรือใช้ยาตามที่บุคลากรทางการแพทย์สั่งโดยอาจไม่ได้เกิดจากการยอมรับของผู้ป่วย (Osterberg, L. & Blaschke, 2005)

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีวิธีการวัด 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 เป็นการสังเกตโดยตรงการวัดระดับยาหรือระดับเมตาบอลิต์ในเลือดซึ่งวิธีนี้ให้ผลการวัดที่แม่นยำที่สุดแต่ยากในการปฏิบัติและมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงวิธีที่ 2 เป็นวิธีการวัดโดยอ้อมเช่นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยการประเมินอาการทางคลินิกหรือประเมินอาการที่เกิดกับผู้ป่วย (Assessment of the Patient's Clinical Response) การนับเม็ดยา (Pill Count) อัตราการมารับยาเพิ่มตามกำหนดเวลาการใช้แบบสอบถาม (Patient Questionnaires) เป็นต้นซึ่งวิธีวัดแบบที่ 2 นี้เป็นวิธีวัดที่ง่ายและสะดวกในการปฏิบัติแต่ให้ผลความแม่นยำน้อยกว่าวิธีที่ 1 (Osterberg, L. & Blaschke, 2005) เมื่อเปรียบเทียบการวัดความร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 2 วิธีพบว่าวิธีที่ดีและข้อเสียแตกต่างกันและไม่มีวิธีการวัดแบบใดที่เป็นมาตรฐานสากลดังนั้นการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจึงควรเลือกใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลที่แม่นยำและน่าเชื่อถือมากที่สุดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยามีปัจจัยหลายตัวที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Osterberg, L. & Blaschke, 2005) ได้แก่

1. ความถี่ของการรับประทานยาต่อวันพบว่าการรับประทานยาบ่อยเกินไปจะทำให้อัตราความร่วมมือในการใช้ยาลดลงกล่าวคือการใช้ยารวันละ 1 ครั้งจะมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 80% การใช้ยารวันละ 2 ครั้งจะมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 68% การใช้ยารวันละ 3 ครั้งจะมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 65% ส่วนการใช้ยารวันละ 4 ครั้งจะมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 52%
2. ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเช่นภาวะซึมเศร้าซึ่งมักส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจสั่งรอบตัวหรือไม่สนใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา
3. ปัญหาเรื่องความจำของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำจะส่งผลให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาได้บ่อยครั้งซึ่งปัญหานี้ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุ
4. การรักษาโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่แน่ชัดส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาเนื่องจากเมื่อรับประทานยาไปแล้วผู้ป่วยมักไม่พบผลการรักษาที่ชัดเจน
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวต่อการรับประทานยาและส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาตามแบบแผนการรักษา
6. ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือต่อผลดีที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา
7. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่ดีมักส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามที่ได้รับคำแนะนำ

8. การไม่มาตามที่แพทย์นัดของผู้ป่วยซึ่งมักส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาและรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา

9. ความซับซ้อนของแผนการรักษาหากแผนการรักษามีวิธีการปฏิบัติที่ยุ่งยากมักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติโดยเฉพาะหากวิธีการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

10. ราคายาแพงเกินไปส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีไม่สามารถใช้ยานั้นได้

11. ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจในแบบแผนการรักษาหรือยาที่ใช้รักษาโรคทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมักไม่ให้ความร่วมมือในใช้ยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคการที่ผู้ป่วยวัณโรคให้การยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรค การรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่องและครบตามที่ผู้ป่วยรายนั้นๆ ต้องได้รับการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ หากผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการที่ไม่สุขสบายนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงให้โรคลุกลามมากขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตรวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น ๆ ซึ่งเชื้อวัณโรคมีโอกาพัฒนาสายพันธุ์ทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาได้มากขึ้น แต่มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคเช่นอาการไข้ที่หายไปหรือลดลงหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้วระยะหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยารักษาวัณโรคเอง การขาดความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษาวัณโรค ไม่เข้าใจและไม่ทราบความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาจึงขาดแรงจูงใจที่จะรับประทานยาต่อจนครบความอายุของผู้ป่วยต่อการเป็นวัณโรคผู้ป่วยมักอายและกลัวการรังเกียจจากสังคมรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาวัณโรคความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หากความสัมพันธ์ไม่ดี มักส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นร่วมกับวัณโรค ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกังวล ท้อแท้ต่อการรักษา ความซับซ้อนของวิธีการรักษา เช่น ปริมาณเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานมีจำนวนมาก ร่วมกับการตรวจที่ยุ่งยากจนทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ยาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ความร่วมมือในการใช้ยาได้ การขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรือการดูแลจากคนรอบข้าง ซึ่งปัจจัยนี้จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงเป็นอย่างมาก

การจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Organization of Tuberculosis Treatment Unit) จำเป็นประกอบด้วยมาตรการต่อไปนี้

1. มีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบแน่นอน
2. มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน TB Registered Book (รพ. 1ก. 04)

การนัดหมาย/การมาติดต่อรับการรักษาแต่ละครั้งช่วงที่เหมาะสม

3. ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาโดยสม่ำเสมอและครบถ้วน

4. มีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยกินโดยง่ายและสะดวก เช่น รวดยาหลายขนานในซองตามขนาดกินครั้งเดียวต่อวัน หรือการใช้เม็ดยาที่รวม 2 หรือ 3 หรือ 4 ขนาน (Fixed Dose Combination) ที่ได้มาตรฐานในการผลิต

5. มียารักษาวัณโรคที่มีคุณภาพมาตรฐานสำหรับจ่ายเสมอ และมีแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาสม่ำเสมอ เพราะไม่มีเงินค่ายาและค่าตรวจรักษา โดยสนับสนุนยาและค่าตรวจฟรีตามสิทธิบัตรของผู้ป่วย

6. ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องเวลาให้บริการ พิธีการต่างๆ ไม่ยุ่งยากผู้ป่วยไม่ควรได้รอนาน ให้บริการประทับใจ การแสดงความห่วงใย และการให้บริการที่ดีช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยในการมารับรักษา แจ่มผลความก้าวหน้าในการรักษา ฯลฯ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอีกข้อหนึ่งในการจูงใจให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

7. มีระบบส่งที่มีประสิทธิภาพ

8. ต้องพยายามให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการรักษา โดยกินยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วน และป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อโรค

แนวทางการดำเนินการรักษาแบบกินยาโดยมีพยานเห็น (Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) หมายถึง การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย และยังคงต้องมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอีก 4 ประการ คือ พันธะสัญญาที่มั่นคง (Strong Commitment) จากหน่วยงานระดับประเทศ มีบริการชั้นสูงที่ครอบคลุมดี มีงบประมาณในการจัดหายาที่เพียงพอ และต้องมีระบบบันทึกข้อมูล การรายงานที่ถูกต้อง และสามารถประเมินผลได้

กลยุทธ์DOTS เริ่มนำมาใช้ในประเทศ ทาร์นซาเนียโดย Dr. Karel Styblo ในปีค.ศ. 1970 จนกระทั่งปีค.ศ. 1991 โรควัณโรคกลายเป็นปัญหาไปทั่วโลก ใน ปีค.ศ. 1993 องค์การอนามัยโลกประกาศภาวะฉุกเฉินและให้กลยุทธ์ DOTS ดำเนินการใน 200 กว่าประเทศทั่วโลก DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาสม่ำเสมอ ครบถ้วน และป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรค และโดยข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ในขณะนี้

ประเทศต่างๆ กว่า 100 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยก็ได้นำไปใช้ในแผนงานวัณโรค (National Tuberculosis Programme : NTP) เมื่อปี พ.ศ. 2539 โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่ทำหน้าที่กำกับกรกินยา แต่เนื่องจากบริบทสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย ลักษณะการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยามาก หยุดยาเอง สมาชิกครอบครัวไม่เคร่งครัดเรื่องการกินยา ทำให้ขาดการรักษาในที่สุด จากการศึกษาของจินตนา แวสวัสดี (2546) ศึกษาพฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี พบว่าพฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงแตกต่างกัน จำแนกตามความเกี่ยวข้องของผู้ป่วยโดยกลุ่มที่เกี่ยวข้องเป็นพ่อแม่ลูกมีพฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงสูงกว่ากลุ่มเครือญาติอื่นๆ ส่วนปัจจัยด้านเพศอายุอาชีพมีพฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงไม่แตกต่างกันสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมกรเป็นพี่เลี้ยงทั้งด้านการปฏิบัติตามหน้าที่ในการเป็นพี่เลี้ยงและด้านความเต็มใจในการเป็นพี่เลี้ยงในระดับมากกว่าการนำสมาชิกในครอบครัวมาเป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยเป็นผลดีต่อการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยเป็นการพัฒนาศักยภาพให้สมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวผู้ป่วยให้ร่วมกันเผชิญและจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง

อาจกล่าวได้ว่ากลยุทธ์ DOTS กับวิถีการดำเนินชีวิตของสังคมไทยไม่สอดคล้องกัน การให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวร่วมด้วยจะสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลกำกับการกินยาให้ตระหนักในการทำหน้าที่กำกับการกินยาได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็น DOT อย่างแท้จริง ซึ่งผู้ป่วยที่จะให้การรักษาแบบ DOTS คือ

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ทั้งผู้ป่วยใหม่และที่เคยได้รับการรักษามาแล้ว
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อวัณโรคโดยอาจมีผลเฉพาะเชื้อเป็นบวกรหรือลบ

การประเมินผลการสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วย

1. ตรวจสอบจาก Check List DOTS Card กับปริมาณยาที่เหลือดูสีของปัสสาวะ
2. ตรวจสอบเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นและเมื่อสิ้นสุดการรักษา
3. ทำ Cohort Analysis ของผู้ป่วยเป็นรุ่นเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมวัณโรค

4. การขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค อัตราการขาดยา (Default Rate) อัตรานี้อาจชี้ให้เห็นประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อัตราการขาดยาไม่ควรเกินร้อยละ 5 โดยเฉพาะถ้า

สถานพยาบาลไม่เน้นเรื่อง DOT จึงมีการวางแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ขาดยา โดยมีแนวทางที่
ต้องการเน้นคือ

- 8 สัปดาห์
- 4.1 ผู้ป่วยได้ยาแล้วกี่เดือน น้อยกว่า 1 เดือน 1-2 เดือน มากกว่า 2 เดือน
- 4.2 ผู้ป่วยขาดยากี่สัปดาห์ น้อยกว่า 2 สัปดาห์ 2-8 สัปดาห์ มากกว่า 8 สัปดาห์
- 4.3 เมื่อกลับมาติดต่อรับการรักษาใหม่ต้องตรวจสอบหะอีกหรือไม่ ผลสมหะเป็นอย่างไร
- 4.4 หากผู้ป่วยขาดยาระยะเข้มข้น 2 วัน ต้องตามทันที และหากผู้ป่วยขาดยาในระยะต่อเนื่อง 7 วัน ต้องตามทันที

การดูแลรักษาผู้ป่วยขาดยา

เมื่อผู้ป่วยผิดนัด ควรติดตามภายใน 1 วันสำหรับการรักษาในระยะเข้มข้น และภายใน 1 สัปดาห์สำหรับการรักษาในระยะต่อเนื่อง หากมีลักษณะต่อไปนี้ จำเป็นต้องระมัดระวังยิ่งขึ้นหรือเพิ่มการรักษา

- ผู้ป่วยมีผลสมหะเป็นพบเชื้อ (ย้อม AFB หรือ Culture)
- เมื่อกลับมารักษาซ้ำ หลังจากขาดยาติดต่อกันเกิน 2 เดือน
- ขาดยาในระยะเข้มข้นของการรักษา
 - ขาดยาในช่วงต้นของระยะต่อเนื่องของการรักษา
 - ขาดยาเป็นระยะเวลานาน
 - ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เช่น ติดเชื้อเอชไอวี หรือภาวะอื่นๆ

ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง)

- ผู้ป่วยตอบสนองไม่ดีต่อการรักษาก่อนขาดยา
- รู้หรือสงสัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา

การตัดสินใจเลือกเริ่มการรักษาใหม่ หรือให้การรักษาต่อ ขึ้นกับการขาดยาอยู่ในระยะเข้มข้นหรือระยะต่อเนื่อง โดยทั่วไปการขาดยาในระยะแรกของการรักษาและขาดยาเป็นเวลานาน มีผลร้ายแรงและจำเป็นต้องเริ่มการรักษาใหม่

1.6 การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคเมื่อตรวจและเข้ารับการรักษาโรคจะต้องมีความรู้และปรับพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามที่รับการนัด การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค และการดูแลสุขภาพสุขภาพโดยทั่วไป (กาญจนา พะวินรัมย์, 2556) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งชนิดจำนวน และระยะเวลา การรับประทานยาต้องสม่ำเสมอ และยาวนานเพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาครบทุกชนิดทุกวัน และไม่ควรงดยาจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่ 6 - 9 เดือน

2. การมาตรวจทุกครั้งตามที่ได้รับนัด การรักษาวัณโรคปอดมี 2 ระยะ คือในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก ยาจะมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมด ในระยะนี้แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและติดตามความร่วมมือในการรักษา รวมถึงคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ส่วนในระยะต่อเนื่องหลังจากในระยะเข้มข้นผ่านไป 2 เดือน แพทย์จะนัดผู้ป่วยทุกหนึ่งเดือนเพื่อรับยา และติดตามผลการรักษาโดยการตรวจเสมหะและเอ็กซเรย์ปอด

3. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมีหลายกรณี คือ

3.1 การใช้ผ้าหรือหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม ในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษาและจนกระทั่งรักษาครบ 2 เดือน ได้รับการตรวจเสมหะเป็นลบ หากผู้ป่วยมีไอ หรือจามต้องใช้ผ้าปิดปากจมูกทุกครั้งเพื่อไม่ให้เชื้อวัณโรคกระจายในอากาศ เสมหะที่ผู้ป่วยบ้วนออกมาต้องมีภาชนะรองรับ ภาชนะนั้นจะต้องมีฝาปิดมิดชิด การกำจัดเสมหะอาจเทลงโถส้วมซึ่งต้องระมัดระวังไม่ให้เปื้อนกระเด็น มิฉะนั้นอาจนำไปเผาหรือฝังลึก ๆ

3.2 ภาชนะที่สัมผัสกับเชื้อโรค การทำลายเชื้อวัณโรคที่สัมผัสกับภาชนะของใช้ควรล้างด้วยน้ำสะอาด และนำไปต้มทำลายเชื้อใช้เวลานานประมาณ 10 - 20 นาที เนื่องจากความร้อนจะสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ หรือกระดาษชำระที่เปื้อนเสมหะนำไปทำลายโดยการเผาทำลายเชื้อ

4. การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วนทุกหมู่ อาหารที่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ข้าว ปลา เนื้อ นม ไข่ ผัก และผลไม้มีประโยชน์ในการบำรุงร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ถ้าหนักตัวลดมากหรือขาดสารอาหาร ควรได้เพิ่มอาหารที่มีไขมันสูงและโปรตีนสูงคำแนะนำหลักด้านอาหารก็คือ รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบเป็นเรื่องสำคัญที่คุณต้องได้รับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับพลังงานไปต่อสู้กับโรคร่างกายที่อ่อนแอจะไม่มีพลังสู้กับเชื้อวัณโรค

5. การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม ผู้ป่วยวัณโรคปอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน และมีการออกกำลังกายเหมาะสมกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ หากเป็นระยะของโรคที่มีอาการเหนื่อยหอบมาก ต้องงดออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยเมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบต้องหยุดทันที ออกกำลังกายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกแข็งแรงพอ อย่าเริ่มออกกำลังกายหนักๆเร็วเกินไป หากชอบเล่นกีฬาต้องค่อยๆออกกำลังกาย

อย่างช้าๆแบบค่อยเป็นค่อยไป กีฬาและการออกกำลังกายอย่างพอได้นั้นจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ในระยะที่ไม่มีอาการของโรคปรากฏก็สามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่อย่างน้อยวันละ 20 นาที และทำมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การเดิน การวิ่ง

6. การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา การสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็ยวัณโรคปอดทำให้เนื้อปอดที่อักเสบอยู่แล้วจากพยาธิสภาพของโรคเลวร้ายมากยิ่งขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ปอดอ่อนแอกว่าเดิมขณะที่สูบบุหรี่ ผู้สูบจะดูดเอาควันเข้าไปในปอด และปอดก็ต้องทำงานหนักวันบหรี่จะสร้างความระคายเคืองกับปอดที่ป่วย และจะทำให้ผู้ป่วยไอมากขึ้นและจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหายจากโรคนี้อาจสำหรับการดื่มสุราทำให้การทำงานของตับเสื่อมลงโดยเฉพาะในช่วงของการรักษาด้วยยา มียาหลายชนิดที่มีผลทำให้ตับมีการอักเสบ การดื่มสุรายิ่งทำให้ตับมีการอักเสบเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากแอลกอฮอล์จะถูกย่อยที่ตับ การดื่มสุราขณะรับประทานยารักษาวัณโรคจะทำให้ตับทำงานหนักมาก

2. พระสงฆ์ ธรรมะและพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

พระสงฆ์ถือเป็นนักบวชมีความสำคัญในฐานะเป็นตัวแทนและผู้เผยแพร่ศาสนาพุทธ ในทางพุทธศาสนาพระสงฆ์เป็นสาวกของพระพุทธเจ้า ซึ่งเมื่อได้ฟังคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า แล้วเกิดความเลื่อมใส ถือนวต ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยที่พระบรมศาสดาสั่งสอนและกำหนดไว้ทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันในการครองสมณะเพศมีวินัยสงฆ์หรือพระวินัยเป็นกฎหมายของพระสงฆ์เป็นเครื่องควบคุมความประพฤติการปฏิบัติตนและมีจริยวัตรที่พึงปฏิบัติให้เป็นนักบวชที่นำเคารพเลื่อมใสทำให้ผู้พบเห็นเกิดความเลื่อมใสศรัทธาและมีจิตใจที่โน้มเข้าหาธรรมอย่างถ่องแท้มากขึ้นพระสงฆ์มีกฎเกณฑ์หรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อกำหนดให้กระทำหรืองดเว้นกระทำซึ่งเรียกว่าพระวินัยการกระทำผิดพระวินัยเรียกว่าอาบัติพระภิกษุที่อาบัติต้องรับโทษหนักเบาตามความรุนแรงของอาบัติที่กระทำนั้นๆ

พระสงฆ์หมายถึงสาวกของพระพุทธเจ้าผู้ซึ่งฟังคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าแล้วเลื่อมใสสละเรือนออกบวชถือนวตปฏิบัติตามพระธรรมวินัยที่พระบรมศาสดาสั่งสอนและกำหนดไว้เฉพาะสำหรับภิกษุจำนวน 227 ข้อ สงฆ์หรือภิกษุ ในภาษาสันสกฤต แปลว่าผู้เห็นภัย ภัยในที่นี้ หมายถึงความทุกข์ในชีวิต ดังนั้น ภิกษุเป็น ผู้มองเห็นความเป็นไปของชีวิตที่เป็นทุกข์ จึงปรารถนาที่จะกำจัดภัยหรือไปให้พ้นภัยนั้นเสีย โดยการสละชีวิตฆราวาสออกถือเพศบวรพชิต

วินัยสงฆ์หรือพระวินัยเป็นกฎหมายของพระภิกษุเป็นเครื่องควบคุมความประพฤติการปฏิบัติตนของพระสงฆ์พระวินัยนั้นพระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติตามเหตุที่บังเกิดขึ้นเมื่อมีพระสงฆ์ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมหรือทำความเสียหายอย่างใดอย่างหนึ่ง ข้อห้ามนั้นจึงบัญญัติขึ้นเป็นพระวินัย ห้ามมิให้พระสงฆ์ทำอีกต่อไป การทำผิดพระวินัยเรียกว่าอาบัติ พระสงฆ์ที่อาบัติต้องรับโทษหนักเบาตามความรุนแรงของอาบัติที่กระทำ พระพุทธเจ้าได้ทรงบัญญัติขึ้นความผิดที่รุนแรงมากน้อยตามลำดับ ดังนี้ คือ ความผิดขั้นสูงสุด เรียกว่า ปาราชิก ขั้นรองลงมาตามลำดับคือ สังฆาทิเสส อนิยต นิสสัคคิยปาจิตตีย์

ปาจิตตีย์ ปาฏิเทสนีเยะ แต่ละชั้นมีจำนวนและรายละเอียดต่างกันไป แต่รวมแล้วเป็นข้อห้ามทั้งหมด 227 ข้อ การไม่ทำสิ่งที่ทรงห้ามทั้ง 227 ข้อ ก็คือการรักษาศีล 227 ข้อ ที่พระสงฆ์ทุกรูปต้องถือปฏิบัติให้เคร่งครัดนั่นเอง

ในการปฏิบัติตามวินัยของสงฆ์บางข้อ เช่น เรื่องการฉัน (รับประทาน) อาหาร (โภชนปฏิสังยุตต์) ที่ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน ห้ามฉันอาหารที่ไม่ได้รับประเคน ไม่ฉันดังจับๆ ชูตๆ ไม่ฉันโปรยเมล็ดข้าว ห้ามดื่มสุราเมรัย การเคลื่อนไหวที่ต้องสำรวม(สารูป) เช่นการไม่สั่นศีรษะ , ไม่เดินกระเหย่งเท้า, ไม่โคลงกาย, ไม่นั่งรัดเข่า เป็นต้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดจริยวัตร ที่ทำให้พฤติกรรม สุขภาพของพระสงฆ์ จะมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

พระวินัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

คำว่าสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 ได้ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ของบุคคล ซึ่งบุคคลมีองค์ประกอบหลายด้าน การที่บุคคลมีชีวิตที่ยืนยาว จึงเป็นชีวิตที่มีคุณภาพและคุณค่าตลอดช่วงของอายุขัย อันเป็นสุดยอดความสุขที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยในโลกนี้ การที่จะมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องเริ่มที่ตนเอง พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นโดยที่มีจิตเป็นตัวกำหนด (จงจิต เสนหา, 2552) พฤติกรรมสุขภาพที่มีพระธรรมวินัยเป็นหลักและการที่จะกระทำพฤติกรรมตามเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ

กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ ได้อธิบายเรื่องพระธรรมวินัย ไว้ในหนังสือวิชาวินัยสำหรับนักธรรมชั้นตรี เพื่อใช้สำหรับให้ผู้ศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรมได้เข้าใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุปสาระของพระธรรมวินัยซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พระไตรปิฎกแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (จงจิต เสนหา, 2552)

1. พระวินัยปิฎกซึ่งพระวินัย หมายถึง ข้อที่พระพุทธเจ้าทรงห้าม และข้อที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้พระสงฆ์ปฏิบัติ อาศัยอำนาจประโยชน์ 10 ประการคือ

- 1.1. เพื่อความรับว่าดีแห่งสงฆ์
- 1.2. เพื่อความสำราญแห่งสงฆ์
- 1.3. เพื่อชมบุคคลผู้เกื้อยาก
- 1.4. เพื่ออยู่สำราญแห่งภิกษุผู้มีศีลเป็นที่รัก
- 1.5. เพื่อป้องกันอาสวะอันจะบังเกิดในปัจจุบัน
- 1.6. เพื่อกำจัดอาสวะอันจักเกิดในอนาคต
- 1.7. เพื่อเลื่อมใสของชุมชนที่เลื่อมใสแล้ว
- 1.8. เพื่อความเลื่อมใสยิ่งของชุมชนที่เลื่อมใสแล้ว
- 1.9. เพื่อความตั้งมั่นของพระสังฆธรรม

1.10. เพื่อถือตามพระวินัย

2. พระสุตตันตปิฎกหรือพระสูตร เป็นเทศนาโวหาร คือ พระธรรมเทศนาทั่วไปที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องทางพุทธศาสนา โดยอ้างอิงเพื่อประกอบเป็นตัวอย่าง เป็นเรื่อง ๆ

3. พระอภิธรรมปิฎก ประกอบด้วยพระธรรมชั้นต่าง ๆ ที่เป็นหลักธรรม เป็นเรื่องปรมาัตถธรรมที่เกี่ยวกับอาบัติคือการปรับโทษพระสงฆ์ประกอบด้วย 7 อย่าง คือ

3.1 ปาราชิก 4 มีสิกขาบท เป็นโทษหนัก เมื่อผิดและขาดจากการเป็นพระสงฆ์แล้วไม่สามารถกลับมาบวชอีกแม้แต่เป็นเณรก็ได้

3.2 สังฆาทิเสส มี 13 สิกขาบท เป็นโทษกลางเมื่อผิดแล้วต้องอยู่กรรม 10 วัน จึงจะพ้น

3.3 ฤๅลัจฉัย มี 2 สิกขาบทเป็นโทษเบาต้องประจานตัวเองให้สงฆ์รู้ หรือภิกษุอื่นรู้ จึงจะพ้นผิด

3.4 นิสัคคียปาจิตตีย์ มี 30 สิกขาบท

3.5 ปาจิตตีย์ มี 92 สิกขาบท

3.6 ปาฏิเทสนียะ มี 4 สิกขาบท

3.7 เสขียะ มี 75 สิกขาบท

3.8 อธิกรณสมณะ มี 7 สิกขาบท

วินัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะอยู่ใน เสขียะ 75 เสขียะวัตรคือข้อปฏิบัติที่พระสงฆ์จะต้องศึกษาและฝึกฝนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับกิริยามารยาทของพระสงฆ์ ไม่เป็นชื่อของอาบัติแต่ปรับอาบัติทุกกฎ เว้นเสียแต่จะไม่ได้ตั้งใจ ไม่รู้ตัว เผลอ และอาพาธไม่สามารถจะปฏิบัติกิจวัตร ได้แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่

1. สารูป ว่าด้วยกิริยามารยาทที่ควรปฏิบัติเมื่อเข้าไปในหมู่บ้าน ตั้งแต่การนุ่งห่ม การสำรวม การพูดคุย มี 26 สิกขาบท

2. โภชนปฏิสังยุต ว่าด้วยกิริยามารยาทที่ควรปฏิบัติเมื่อรับบิณฑบาตและฉันภัตตาหาร มี 30 สิกขาบท

3. ธัมมเทศนาปฏิสังยุต ว่าด้วยกิริยามารยาทในการแสดงธรรมแก่ผู้อื่น

4. ปกิณณกะว่าด้วยกิริยามารยาทในการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะมี 3 สิกขาบท

จริยวัตรหรือกิจวัตร คือ หน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติความประพฤติที่วางที่วาจาและกิริยามารยาทกิจวัตรกิจวัตรของพระสงฆ์มี 10 อย่างเหล่านี้เป็นกิจใหญ่ควรที่พระสงฆ์จะต้องศึกษาให้ทราบความชัดและจำไว้เพื่อปฏิบัติสมควรแก่สมณสารูปแห่งตนฯ (sookjai, n.d.)

1. ลงอุโบสถคือ การที่พระสงฆ์เข้าร่วมประชุมสังฆกรรมฟังพระปาฏิโมกข์ ในวันขึ้น 15 ค่ำ วันแรม 14 ค่ำ หรือวันแรม 15 ค่ำของทุกเดือนตามพระวินัย เป็นการทบทวนศีล 227 ข้อของพระสงฆ์นอกจากนั้น ยังอนุญาตให้ทำอุโบสถเป็นพิเศษในคราวที่ภิกษุแตกความสามัคคี เมื่อภิกษุกลับมาสามัคคีกันอีกครั้ง แม้จะยังไม่ถึงวันปาฏิโมกข์ ก็ให้สวดปาฏิโมกข์ได้ เรียกว่า สามัคคีอุโบสถ

2. บิณฑบาตเลี้ยงชีพ การบิณฑบาตของพระสงฆ์ในพระพุทธศาสนา เป็นกิจวัตรของพระสงฆ์ ในการออกเดินถือบาตรรับการถวายภัตตาหารหรือสิ่งของจากชาวบ้านในเวลาเช้า เรียกว่า การออกบิณฑบาต เป็นกิจวัตรที่พระพุทธเจ้าทรงกำหนดไว้ ให้เป็นหน้าที่ของพระภิกษุสามเณรมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล โดยพระองค์ทรงสรรเสริญการบิณฑบาตว่า เป็นกิจอันประเสริฐ หรือในสามัญเรียกว่า การโปรดสัตว์

3. การทำวัตร สวดมนต์การทำวัตร คือการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นหน้าที่ของพระภิกษุสามเณรและอุบาสกอุบาสิกาทั่วไป จะละเว้นเสียเป็นการไม่สมควร เพราะเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้มุ่งแสวงบุญอย่างหนึ่ง การทำวัตรนิยมทำกันวันละ 2 เวลา คือเช้ากับเย็น เรียกว่าทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็นกิจที่ต้องทำในเวลาทำวัตรทั้งสองเวลานั้นคือ สวดบูชาพระรัตนตรัย สวดพิจารณาปัจจัยที่บริโภคทุกวัน สวดเจริญกรรมฐานตามควร สวดอนุโมทนาทานของทายก และสวดแผ่ส่วนกุศล ซึ่งคำสวดเหล่านี้มีแบบสากลใช้ทั่วไป จะมีต่างกันบ้างในบางแห่งก็เฉพาะบางบทที่ตัดออกหรือเพิ่มเติมเข้ามาตามความนิยมในถิ่นนั้น ๆ การสวดมนต์นี้นิยมสวดต่อท้ายทำวัตรจะสวดมากหรือน้อย และสวดบทไหนบ้าง แล้วแต่วัดนั้นๆจะกำหนดกันขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงมักเรียกรวมกันไปว่า "ทำวัตรสวดมนต์" ทำวัตรและสวดพระสูตรพระปริตรต่าง ๆ ซึ่งเป็นพระพุทธพจน์ เป็นพระโอวาทเรียกว่า สวดมนต์ เท่ากับได้ฟังพระโอวาทของพระพุทธเจ้าทุกเช้าเย็น การกระทำเช่นนี้นิยมแพร่หลายขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นระเบียบพิธีขึ้นจนทุกวันนี้

4. กวาดอาวาสวิหารลานพระเจดีย์กวาดเสนาสนะ อาวาส ลานพระเจดีย์ ลานวัด และบริเวณใต้ต้นมหาโพธิ์ ถือเป็นกิจวัตรสำคัญ เป็นเครื่องมือขจัดความเกียจคร้านมักง่ายได้เป็นอย่างดี พระวินัยได้แสดงอานิสงส์ไว้ห้าประการ คือ หนึ่งในหกประการนั้นคือ ประการแรก ได้ออกกำลังกาย ประการที่สองทำให้สถานที่สะอาด ประการที่สามทำให้ปราศจากโรคภัย ประการที่สี่จิตใจคลายเครียด ประการที่ห้าทำให้ความขี้เกียจจะลดลง และประการที่หกสามารถคงไว้ซึ่งศรัทธา

5. รักษาผ้าครองพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้พระสงฆ์ใช้ผ้าได้เพียงสามผืน (ไตรจีวร) คือ สังฆาฏิ อันตราวาสกและอุตตราสงค์เท่านั้น ไตรจีวร คือ สังฆาฏิ ผ้าทาบ อุตตราสงค์ ผ้าห่ม อันตราวาสก ผ้านุ่ง แค้นี่ที่มีพระพุทธองค์ทรงอนุญาตให้ใช้ ผ้านอกจากนี้ไม่นับเป็นไตรจีวร พระองค์ไม่ทรงอนุญาตให้พระภิกษุมีผ้าไตรเกินไปกว่านี้ เพราะสมัยพุทธกาลผ้าหายาก แต่ปัจจุบันผ้าหาง่าย พระสงฆ์หลายรูปใช้ผ้าไตรจีวรเกินกว่า 2 ชุด บางท่านอาจจะมีถึง 3 - 4 ชุด พระสงฆ์ที่เคร่งครัด ก็อาจจะ

ถือผ้าครอง 1 ผืน กับผ้าที่ใช้ปกปิดประจำวัน 1 ผืน เรื่องไตรจีวรพระสงฆ์สามารถรับใหม่ก็ได้ ใดก็ได้ เมื่อรับมาแล้ว ก็เอาไปทำวิกปแล้วถอนวิกป ก็สามารรถเก็บจีวรหรือไตรต่างๆเหล่านั้นได้ โดยไม่เป็นอาบัติ

6. อยู่ปริวาสกรรมคือ กิจของสงฆ์ที่พึงชำระศีลของตนให้บริสุทธิ์ คือกิจของสงฆ์ที่พึงชำระศีลของตนเองให้บริสุทธิ์ คำว่า ปริวาส นี้มีมาแต่สมัยพุทธกาล เป็นชื่อของสังฆกรรมประเภทหนึ่งที่สงฆ์จะพึงกระทำเพื่อการอยู่ชดใช้ เรียกสามัญว่า “การอยู่กรรม” เรียกกรรมกันว่า “ปริวาสกรรม” เป็นระเบียบปฏิบัติสำหรับภิกษุที่ต้องอาบัติ “สังฆาทิเสส” แล้วปกปิดไว้ ทั้งที่เกิดโดยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ และอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม จึงต้องประพฤติเพื่อเป็นการลงโทษตัวเองให้ครบเท่ากับจำนวนวันที่ปกปิดอาบัติไว้ เพื่อให้พ้นมลทินและเพื่อความบริสุทธิ์ในการบำเพ็ญเพียรในทางจิตของพระภิกษุสงฆ์ต่อไป การอยู่ปริวาสกรรม มีความสำคัญแก่พระภิกษุที่ท่านต้องอาบัติหนัก คืออาบัติสังฆาทิเสส เมื่อพระท่านต้องเข้าแล้วจะแก้ด้วยการปลงอาบัติไม่ได้ ต้องแก้ด้วยการอยู่กรรม (ปริวาส) อาบัติสังฆาทิเสสเป็นชื่อของอาบัติหนักเมื่อภิกษุต้องเข้าแล้วต้องอาศัยสงฆ์จึงจะพ้นจากอาบัติได้ โดยปกติชีวิตของพระภิกษุในศาสนานี้ท่านก็รักษาศีลเจริญภาวนาเป็นปกติทุกวันหรือทุกๆขณะอยู่แล้ว ส่วนการอยู่ปริวาสเฉพาะผู้ที่ต้องอาบัติหนักเท่านั้น ไม่ใช่ทุกรูป ระยะเวลาขึ้นอยู่กับที่การปกปิดอาบัติ ถ้าปกปิดไว้จำนวนกี่วัน ก็ต้องอยู่ปริวาสตามจำนวนวันที่ปิดไว้ เช่น เมื่อต้องอาบัติแล้วไม่ยอมบอกกับเพื่อนพระภิกษุ เวลาผ่านไป 1 เดือนจึงเล่าให้เพื่อนพระฟังว่าตนต้องอาบัติผู้ต้องอาบัติต้องกระทำตามวินัยกรรมโดยขอการอยู่ปริวาสจากคณะสงฆ์ หลังจากนั้นก็อยู่ปริวาสประพฤติวัตร 1 เดือน เมื่อครบแล้วต้องขอมานัต อยู่ประพฤติวัตรอีก 6 วัน 6 คืน แล้วขออัฟพานจากสงฆ์จึงจะพ้นจากอาบัติ

7. การโกนผมปลงหนวดตัดเล็บเป็นวัตรหนึ่งในสิบวัตรที่พระสงฆ์พึงปฏิบัติ เพื่อความสะอาดร่างกายและการรักษาสุขภาพ

8. ศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์

สิกขาบท หมายถึง ข้อศีล , ข้อวินัย บทบัญญัติข้อหนึ่ง ๆ ในพระวินัยที่ภิกษุพึงศึกษาปฏิบัติ เช่น ศีล 5 ศีล 8 ศีล 10 ศีล 227 ศีล 311 แต่ละข้อ ๆ เรียกว่าสิกขาบท เพราะเป็นข้อที่จะต้องศึกษา ตามพระธรรมวินัย

การปฏิบัติต่อครูอาจารย์เทิดทูนพระคุณ และบูชาธรรมของพ่อแม่ครูอาจารย์ ซึ่งถือเป็นมรดกธรรมอันล้ำค่า อันเป็นความงามบริสุทธิ์หมดจดอย่างไม่มีใดเทียบ เป็นเครื่องแสดงให้เห็นในความเอื้ออาทร ความจงรักภักดี ความรักเคารพต่อท่านผู้มีพระคุณ ซึ่งประชาชนคนไทยสืบทอดต่อกันมา ปฏิบัติมาจากที่ต่างๆ ซึ่งเป็นคำสอนและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องได้นำมาร้อยเรียงรวมกันถ่ายทอดแก่ศิษย์ด้วยความรักที่สุุดแห่งการกระทำ คือ ได้กระทำตามคำสอนที่พ่อแม่ครูบาอาจารย์ได้ให้ไว้จนสุดความสามารถ สุดสติปัญญา สุดชีวิตจิตใจแล้ว เหมือนผู้พยายามตามแสวงหาซึ่งขุมทรัพย์อันล้ำ

ค่าที่อาจารย์ชู้บอก คำว่าพ่อแม่ครูอาจารย์ จึงเป็นบทสรุปแห่งคำพูดและการแสดงคารวะธรรมอย่าง ยิ่งใหญ่ และเป็นศิริมงคล

9. เทศนาบัตินี้แปลว่าแสดงอาบัติ เป็นกฎข้อบังคับทางพระวินัย ขออธิบาย คือ การเปิดเผยความผิดของตนที่ได้ทำไปแล้ว ให้กับบุคคลหรือกับหมู่คณะหรือกับหมู่สงฆ์รับรู้ เพื่อหาทางแก้ไขให้ถูกต้อง (ไม่ใช่แก้ไขให้พ้นผิด) ตามพระธรรมวินัยคือ ผู้ที่ได้ทำผิดอย่างเบาโทษเบา เมื่อเปิดเผยสารภาพรับผิด แล้วตั้งใจสำรวมทำดีต่อไปผู้ที่ได้ทำผิดอย่างหนักโทษหนักที่แก้ไขได้ เมื่อเปิดเผยสารภาพรับผิด แล้วตั้งใจจะสำรวมทำดีต่อไป ทำผิดอย่างโทษหนัก ต้องแก้ไขด้วย คณะสงฆ์ใหญ่ยี่สิบกว่ารูปขึ้นไป จึงจะแก้ไขได้ โดยเริ่มแรกที่คณะสงฆ์ประชุมกันในพระอุโบสถ เพื่อทำสังฆกรรมไปตามลำดับ

10. พิจารณาปัจเจกขณะทั้ง 4 ปัจเจก คือการพิจารณา พิจารณาด้วยปัญญา วิธีการพิจารณาปัจเจกขณะทั้ง 4 อย่างคือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัชหรือเรียกว่า ปัจเจกขณะสุทธิ คือ การพิจารณาก่อนที่จะใช้สอย ปัจจัย 4 หรือ เรียกว่า ปัจจัยสันนิสสิตศีล อันเป็นศีลที่พระภิกษุ ที่พิจารณาปัจจัยที่ได้มาก่อนจึงใช้สอย เหตุผลที่ทรงแสดงการพิจารณาสิ่งที่ได้มาก่อนแล้ว ค่อยบริโภคใช้สอยเพื่อไม่ให้กิเลส อาสวะทั้งหลายเกิดในการใช้สอย ปัจจัยที่ได้มา อันเป็นการปิดกั้น กิเลส อาสวะทั้งหลายที่จะเกิดในปัจจุบัน ที่จะเกิดเพราะสิ่งที่ได้มา พระพุทธองค์ทรงแสดงศีล คือ ปัจจัยสันนิสสิตศีล เพื่อพิจารณาด้วยปัญญา ย่อมบริสุทธิ์ด้วยการพิจารณาด้วยปัญญาเป็นปัจเจกขณะสุทธิ ซึ่งปัจจัยก็มี 4 มีจีวร บิณฑบาต เสนาสนะและเภสัช ดังนั้นจึงเป็นเรื่องของปัญญาในการพิจารณา ปัจจัย 4 ที่ได้มาแล้วใช้สอย พิจารณาด้วยปัญญา (มูลนิศึกษาและเผยแพร่พระพุทธศาสนา, n.d.)

10.1 จีวร พิจารณาโดยอุบายอันแยบคายแล้วจึงใช้จีวร เพื่อบำบัดความหนาว เพื่อบำบัดความร้อน เพื่อบำบัดสัมผัสแห่งเหลือบ ยุง ลม แดดและสัตว์เสือกคลาน เพื่อจะปกปิด อวัยวะที่ให้ความละเอียดกำเร็บ พิจารณาด้วยปัญญา ไม่ใช่ใช้จีวรเพื่อประดับตกแต่ง เพียงแต่เพื่ออนุเคราะห์ร่างกายนี้ ให้เป็นไปได้เพื่อเจริญอบรมปัญญาครับ จึงใช้จีวรโดยอุบายตามที่กล่าวมา เมื่อพิจารณาดังนี้ กิเลสที่จะเกิดเพราะอาศัยจีวร เป็นต้นก็ไม่เกิดครับ

10.2 บิณฑบาต อาหารที่ได้มา พิจารณาโดยอุบายอันแยบคายแล้วจึงฉัน บิณฑบาต ไม่ฉันเพื่อเล่น ไม่ฉันเพื่อเมา ไม่ฉันเพื่อประดับ ไม่ฉันเพื่อตกแต่ง ฉันเพื่อความดำรงกายนี้เพื่อให้กายนี้เป็นไป เพื่อเว้นความลำบากแห่งกายนี้ เพื่ออนุเคราะห์แก่พรหมจรรย์ พิจารณาฉันอาหารเพื่อดำรงชีวิตเท่านั้น เพื่อที่จะได้เมื่อหิวก็แค่หายหิว รวมทั้งร่างกายก็ต้องการอาหาร จึงบริโภค ด้วยการพิจารณาด้วยปัญญาว่าแค่ดำรงชีวิตให้เป็นไปเพื่อที่จะได้อนุเคราะห์พรหมจรรย์ คือ ได้มีโอกาสอบรมปัญญาต่อไป เพราะการมีชีวิตอยู่ ก็ต้องอาศัยการบริโภคอาหาร

10.3 เสนาสนะ ที่นั่ง ที่นอน พิจารณาโดยอุบายอันแยบคาย แล้วจึงเสพ ใช้ สอยเสนาสนะ เพื่อบำบัดความหนาว เพื่อบำบัดความร้อน เพื่อบำบัดสัมผัสแห่งเหลือบ ยุง ลม แดด และสัตว์เสือกคลาน เพื่อความบรรเทาอันตรายอันเกิดแต่ฤดู เพื่อความยินดีในความหลักเร้น ดังนั้น เมื่อใช้สอยเสนาสนะก็ใช้สอยด้วยการพิจารณาด้วยปัญญา ไม่ใช่ใช้สอยที่นั่ง ที่นอน หรือที่อยู่เพื่อ ความยินดี เพิ่มโลภะ เช่น ประดับตกแต่ง เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาด้วยปัญญาตามที่กล่าว ก็ย่อม บริสุทธิ์และกิเลสที่จะเกิดขึ้นเพราะอาศัยการใช้สอยเสนาสนะก็ไม่เกิดขึ้นครับ

10.4 คิลานปัจจัย เกสัชบริหาร พิจารณาโดยอุบายอันแยบคายแล้วจึงใช้คิลาน ปัจจัยเกสัชบริหาร เพื่อบำบัดทุกขเวทนา อันเกิดเพราะธาตุกำเริบ ซึ่งเกิดขึ้นแล้วเพื่อความลำบาก เป็นอย่างยิ่งเป็นกำหนดเท่านั้น การใช้ช้ายก็เพื่อรักษาโรคเพื่อที่จะได้ ดำรงชีวิตอยู่เพื่อที่จะอบรม ปัญญาต่อไป ด้วยการพิจารณาอย่างนี้จึงเป็นอันบริสุทธิ์เพราะอาศัยการพิจารณาด้วยปัญญา

สรุปได้ว่า กิจวัตรของพระสงฆ์ 10 ประการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของ พระสงฆ์ ซึ่งมีข้อที่ต้องปฏิบัติทั้งในยามปกติและเมื่ออาพาธคือข้อ 4 ที่ว่าด้วยเรื่องของการทำ ความสะอาดที่อยู่อาศัย เพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี ข้อ 7 การรักษาความสะอาด ร่างกายเพื่อลด เชื้อโรคที่มีในร่างกาย นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาเว้นเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธ โดยเฉพาะ การอาพาธที่มีเชื้อโรคในร่างกายที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคนี้ไปสู่ผู้อื่นได้

สิกขาของภิกษุมี 3 อย่างคือศีลสมาธิปัญญาความสำรวมกายวาจาให้เรียบร้อยชื่อว่าศีลการรักษาใจมั่นชื่อว่าสมาธิความรอบรู้ในกองสังขารชื่อว่าปัญญา

ศีลของสงฆ์ศีล227มีความหมายคือศีลสำหรับพระภิกษุซึ่งพระภิกษุต้องถือศีล 227 ข้อโดยอยู่ในภิกษุปาฏิโมกข์โดยศีล227ข้อที่เป็นวินัยของสงฆ์ทำผิดถือว่าเป็นอาบัติและเกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพมีดังนี้

นิสัสัคยปาจิตตีย์30ข้ออาบัติที่ต้องสลະสิ่งของว่าด้วยเรื่องจิวรไหมบาตรอย่างละ10 ข้อนิสัสัคยปาจิตตีย์มี 30 ข้อถือเป็นความผิดได้แก่

1. เก็บจิวรที่เกินความจำเป็นไว้เกิน10วัน
2. อยู่โดยปราศจากจิวรแม้แต่คืนเดียว
3. เก็บผ้าที่จะทำจิวรไว้เกินกำหนด 1 เดือน
4. ใช้ให้ภิกษุณีซักผ้า
5. รับจิวรจากมือของภิกษุณี
6. ขอจิวรจากคฤหัสถ์ที่ไม่ใช่ญาติเว้นแต่จิวรหายหรือถูกขโมย
7. รับจิวรเกินกว่าที่ใช้นั่งเมื่อจิวรถูกชิงหรือหายไป
8. พุดทำนองขอจิวรดีกว่าที่เขากำหนดจะถวายไว้แต่เดิม
9. พุดให้เขารวมกันซื้อจิวรดีๆมาถวาย

10. ทวงจีวรจากคนที่รับอาสาเพื่อซื้อจีวรถวายเกินกว่า 3 ครั้ง
11. หล่อเครื่องปูลงที่เจือด้วยไหม
12. หล่อเครื่องปูลงด้วยขนเจียม (ขนแพะแกะ) คำล้าวน
13. ใช้ขนเจียมดำเกิน 2 ส่วนใน 4 ส่วนหล่อเครื่องปูลง
14. หล่อเครื่องปูลงใหม่เมื่อของเดิมยังใช้ไม่ถึง 6 ปี
15. เมื่อหล่อเครื่องปูลงใหม่ให้เอาของเก่าเจือปนลงไปด้วย
16. นำขนเจียมไปด้วยตนเองเกิน 3 โยชน์เว้นแต่มีผู้นำไปให้
17. ใช้ภิกษุณีที่ไม่ใช่ญาติทำความสะอาดขนเจียม
18. รับเงินทอง
19. ซื้อขายด้วยเงินทอง
20. ซื้อขายโดยใช้ของแลก
21. เก็บบาตรที่มีใช้เกินความจำเป็นไว้เกิน 10 วัน
22. ขอบาตรเมื่อบาตรเป็นแผลไม่เกิน 5 แห่ง
23. เก็บเภสัช 5 (เนยใสเนยข้นน้ำมันน้ำผึ้งน้ำอ้อย) ไว้เกิน 7 วัน
24. แสวงและทำผ้าอาบน้ำฝนไว้เกินกำหนด 1 เดือนก่อนหน้าฝน
25. ให้จีวรภิกษุอื่นแล้วชิงคืนในภายหลัง
26. ขอตัดเอามาทอเป็นจีวร
27. กำหนดให้ช่างทอทำให้ดีขึ้น
28. เก็บผ้าจำนำพรรษา (ผ้าที่ถวายภิกษุเพื่ออยู่พรรษา) เกินกำหนด
29. อยู่ป่าแล้วเก็บจีวรไว้ในบ้านเกิน 6 คัน
30. น้อมลากสงฆ์มาเพื่อให้เขาถวายตน

โดยสรุป วินัยในเรื่องนิสสัยคิยาปฏิบัติเป็นบทพระธรรมที่ว่าด้วยเครื่องนุ่งห่ม เครื่องปูลงนอนจะรับหรือขอจากผู้อื่นโดยเกินความจำเป็นไม่ได้ พระพุทธเจ้าทรงกำหนดเครื่องนุ่งห่มไม่ให้เกินความจำเป็นและไม่สามารถนำเงินไปเลือกซื้อเองตามใจชอบได้ แม้การทำ ความสะอาด การรักษาความสะอาดเครื่องนุ่งห่มจะตามจะใช้ให้ภิกษุณีทำให้ไม่ได้ เว้นเสียแต่ว่าพระสงฆ์รูปนั้นจะ ออาพาธไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ เมื่อพระสงฆ์ออาพาธด้วยวิมโรค จำเป็นอย่างยิ่งในการรักษา ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เพราะการทำ ความสะอาดเครื่องนุ่งห่มจะสามารถลดเชื้อวิมโรคและช่วย ให้อาการออาพาธดีขึ้น

เสขิยะ 75 หมวดโภชนปฏิสังยุตต์ มี 30 ข้อ ว่าด้วยว่าด้วยกิริยามารยาทที่ควร ปฏิบัติเมื่อรับบิณฑบาตและฉันภัตตาหาร ข้อคือหลักในการฉันอาหาร ได้แก่

1. รับบิณฑบาตด้วยความเคารพ
2. ในขณะที่บิณฑบาต จะแลดูแต่ในบาตร
3. รับบิณฑบาตพอสมควรส่วนกับแกง (ไม่รับแกงมากเกินไป)
4. รับบิณฑบาตแค่พอเสมอขอบปากบาตร
5. ฉับบิณฑบาตด้วยความเคารพ
6. ในขณะที่ฉับบิณฑบาต และดูแต่ในบาตร
7. ฉับบิณฑบาตไปตามลำดับ (ไม่ขูดให้แห้ง)
8. ฉับบิณฑบาตพอสมควรส่วนกับแกง ไม่ฉับแกงมากเกินไป
9. ฉับบิณฑบาตไม่ขยำแต่ยอดลงไป
10. ไม่เอาข้าวสุกปิดแกงและกับด้วยหวังจะได้มาก
11. ไม่ขอเอาแกงหรือข้าวสุกเพื่อประโยชน์แก่ตนมาฉับ หากไม่เจ็บไข้
12. ไม่มองดูบาตรของผู้อื่นด้วยคิดจะยกโทษ
13. ไม่ทำคำข้าวให้ใหญ่เกินไป
14. ทำคำข้าวให้กลมกล่อม
15. ไม่อ้าปากเมื่อคำข้าวยังมาไม่ถึง
16. ไม่เอามือทั้งมือใส่ปากในขณะที่ฉับ
17. ไม่พูดในขณะที่มีคำข้าวอยู่ในปาก
18. ไม่ฉับโดยการโยนคำข้าวเข้าปาก
19. ไม่ฉับกัดคำข้าว
20. ไม่ฉับทำกระพุ้งแก้มให้ตู่ย
21. ไม่ฉับพรางสะบัดมือพราง
22. ไม่ฉับโปรยเมล็ดข้าว
23. ไม่ฉับแลบลิ้น
24. ไม่ฉับตังจับๆ
25. ไม่ฉับตังชูด ๆ
26. ไม่ฉับเลียมือ
27. ไม่ฉับเลียบาตร
28. ไม่ฉับเลียริมฝีปาก
29. ไม่เอามือเปื้อนจับภาชนะน้ำ
30. ไม่เอาน้ำล้างบาตรมีเมล็ดข้าวตกลงในบ้าน

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ทิโตน ชีเว

โดยสรุปวินัยในเรื่องโภชนาการปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค คือ เมื่อพระสงฆ์อาพาธ ไม่สามารถไปบิณฑบาตได้ในช่วงแรก ๆ ของการมีอาการและเริ่มรักษาเนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียไม่มีกำลังและเป็นการไม่ออกไปแพร่กระจายเชื้อโรค การไม่พูดในขณะที่ฉันอาหารการดูแลขณะที่ไม่สามารถรับประทานอาหาร การไม่เก็บบาตรเมื่อยังมีน้ำ จะต้องผึ่งให้แห้งจึงเก็บซึ่งในขณะที่ร่างกายอ่อนแอมาก ๆ ไม่สามารถจะกระทำได้

วัตตขันธกะ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 14 วัตรหรือวัตร 14 เป็นวินัยปิฎกเล่มที่ 7 ที่เกี่ยวข้องกับมารยาทในการปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นหลักปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันในสังคมของพระสงฆ์ 14 ข้อ ดังนี้ (สยาม ราชวัตร, 2555)

1. อาคันตุกวัตรว่าด้วยวัตรปฏิบัติของผู้จรมาต้องเคารพสถานที่ ประพฤติตัวเหมาะสม เช่น การถอดรองเท้าหุ้มห่ม หมั้นเฉวียงบ่าเข้าพบพระสงฆ์ที่อยู่ในอาวาส
2. อาวาสสิกวัตร หน้าที่ของเจ้าอาวาส(เจ้าถิ่น)ที่จะต้องปฏิบัติต่อพระอาคันตุกะ เช่น หากภิกษุอาคันตุกะพรรษาแก่กว่ามา ให้ปูอาสนะ ตั้งน้ำล้างเท้า ลุกไปรับบาตรจีวร ถวายน้ำฉัน น้ำใช้ กราบไหว้ บอกเรื่องต่างๆ เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม โศจรบิณฑบาต และกติกาสงฆ์
3. คมิกวัตร หน้าที่ของผู้เตรียมจะไปที่อื่น ก่อนออกเดินทางพึงเก็บเครื่องใช้สอย เช่น เตียง แก้ว ส้อม หมอน ผ้าห่ม เป็นต้นไว้ให้ดี ปิดประตูหน้าต่าง ฝากหรือคืนเสนาสนะให้ภิกษุสามเณร อุบาสก หรือคนของวัดให้ช่วยดูแลแล้วจึงเดินทาง
4. อนุโมทนาวัตร ทรงแสดงอนุญาตให้อนุโมทนาในที่ฉัน วิธีอนุโมทนา ให้พระภิกษุผู้เป็นเถระอนุโมทนา หากทายกนิมนต์ภิกษุหนุ่มให้อนุโมทนา ต้องบอกหรือขอโอกาสพระเถระก่อน ในขณะที่ภิกษุอื่นอนุโมทนาอยู่ หากมีเหตุจำเป็นเช่นปวดอุจจาระ ถ้าจะลุกไป ต้องลาพระภิกษุผู้นั่งใกล้ก่อน
5. ภัตตควัตร ธรรมเนียมในโรงฉัน หรือเมื่อไปฉันในบ้าน ต้องนุ่งห่มให้เรียบร้อย เดินไปตามลำดับอาวุโส ไม่เบียดกัน ปฏิบัติตามเสขียววัตรทุกข้อ ไม่นั่งเบียดพระเถระ
6. บิณฑจาริกวัตร ระเบียบประพฤติในเวลาออกบิณฑบาต ให้ปฏิบัติตามเสขียววัตร เช่น นุ่งห่มให้เรียบร้อย ซ้อนผ้าสังฆาฏิ ห่มคลุมกลัดรัดกุม กลอกบาตร ถือบาตรในจีวร กำหนดทางเข้าออก ไม่ยืนใกล้หรือไกลจากผู้ให้ฉัน อย่ยมองหน้าผู้ถวายรูปใดกลับก่อนปูอาสนะ ตั้งน้ำล้างเท้า ตั้งน้ำใช้น้ำฉัน
7. อรัญญิกวัตร ระเบียบของผู้อยู่ป่า ก่อนออกบิณฑบาตเก็บเครื่องใช้สอยไว้ในกุฏิ ปิดประตูหน้าต่างให้เรียบร้อย จัดหาน้ำใช้น้ำฉันมาเตรียมไว้ เรียนรู้ทิศต่างๆและการเดินทางของดวงดาว เพื่อป้องกันการหลงทาง

8. เสนาสนวัตร วิธีดูแลที่อยู่อาศัย ให้ทำความสะอาดอยู่เสมอ ให้เคลื่อนย้าย
 บริหารด้วยความระมัดระวังอย่าให้กระทบครูดสีพื้นประตูหน้าต่าง ถ้ากุฏิเก่าให้ซ่อมแซม หากมีลมฝน
 แแรงต้องปิดประตูหน้าต่าง

9. ชั้นตาฆรวัตร ข้อปฏิบัติในเรื่องไฟที่อบกายระงับโรค ทำความสะอาด ตั้งน้ำ
 ไม่เปียดชิดพระเถระ ไม่กีดกันอาสนะภิกษุหนุ่ม ปิบนวดและสร้งน้ำแก่พระเถระ

10. วัจกัฏฐวัตร ระเบียบปฏิบัติในเวลาเข้าส้วม ถ่ายอุจจาระปัสสาวะแล้วต้องทำ
 ความสะอาดส้วมให้เรียบร้อย เข้าห้องส้วมตามลำดับที่มาถึงก่อนหลัง พาดจีวรไว้ที่ราวข้างนอก
 อย่าเลิกผ้าเข้าไป อย่าเบ่งแรง อย่าเลิกผ้าออกมา นุ่งห่มเรียบร้อยแล้วจึงออก ถ้าส้วมสกปรกให้ทำ
 ความสะอาด ตักน้ำใส่ไว้ให้เต็ม

11. อุปัชฌายวัตร วิธีปฏิบัติของสังฆวิหาริก(ลูกศิษย์)ต่ออุปัชฌาย์ เข้าไปรับใช้
 ถวายน้ำล้างหน้าบ้วนปาก ช่วยนุ่งห่มจีวรให้ ซักผ้า ล้างบาตร ทำความสะอาดกุฏิ รับประทานอาหาร
 ร่วมกับท่าน ไม่ควรเดินใกล้หรือไกลเกินไป ไม่พูดสอดแทรกขณะท่านพูดอยู่ จะทำอะไรต้องถามท่าน
 ก่อน จะไปไหนต้องกราบลา ป้องกันอาบัติให้ท่าน เอาใจใส่ยามอาหาร... ฯลฯ

12. สังฆวิหาริกวัตร ข้อที่อุปัชฌาย์จะมีต่อศิษย์ เช่น อนุเคราะห์ด้วยพระ
 ธรรมวินัย อบรมสั่งสอนอยู่เนืองๆให้บริหารเครื่องใช้ ถ้าศิษย์อาหารให้อุปัชฌาย์ปฏิบัติต่อศิษย์ดังใน
 อุปัชฌาย์เช่นกัน เป็นต้น

13. อาจารย์วัตร วิธีปฏิบัติต่ออาจารย์ อันตวาสสิก(ศิษย์)ผู้ถือนิสัยอยู่ด้วยอาจารย์
 ฟังปฏิบัติต่ออาจารย์ดังอุปัชฌายวัตร

14. อันตวาสสิกวัตร วิธีปฏิบัติต่อ อันตวาสสิก(ศิษย์) อาจารย์ผู้ให้นิสัยฟังปฏิบัติ
 ชอบสงเคราะห์ศิษย์ดังสังฆวิหาริกวัตรทุกประการ

โดยสรุป วัตร14 ซึ่งเป็นมารยาทของพระสงฆ์ในการอยู่ร่วมกันระหว่างพระสงฆ์
 เสนาสนะในข้อที่ 6 บิณฑจาริกวัตร เป็นระเบียบในการออกบิณฑบาต เป็นกิจวัตรที่พระสงฆ์
 ฟังปฏิบัติ แต่ในพระวินัยหากพระสงฆ์ที่กำลังอาหารและอยู่ในระยะที่กำลังแพร่กระจายเชื้อโรคสู่
 ผู้อื่นวัตรข้อนี้สามารถยกเว้น ข้อที่ 8 การดูแลทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ข้อที่ 10 และข้อที่ 11
 เป็นวินัยที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัยของพระสงฆ์เพื่อช่วยป้องกันการ
 แพร่กระจายเชื้อโรค

ปาจิตติยว่าด้วยอาบัติที่ไม่ต้องสลละสิ่งของ มี 92 ข้อ ได้แก่

1. ห้ามพูดปด
2. ห้ามด่า
3. ห้ามพูดส่อเสียด
4. ห้ามกล่าวธรรมพร้อมกับผู้ไม่ได้บวชในขณะสอน

5. ห้ามนอนร่วมกับอนุปสัมบัน(ผู้ไม่ใช่ภิกษุ)เกิน 3 คืน
6. ห้ามนอนร่วมกับผู้หญิง
7. ห้ามแสดงธรรมสองต่อสองกับผู้หญิง
8. ห้ามบอกคุณวิเศษที่มีจริงแก่ผู้มีได้บวช
9. ห้ามบอกอาบัติชั่วหยาบของภิกษุแก่ผู้มีได้บวช
10. ห้ามขุดดินหรือห้ามใช้ให้ขุด
11. ห้ามทำลายต้นไม้
12. ห้ามพูดเฉไฉเมื่อถูกสอบสวน
13. ห้ามติเตียนภิกษุผู้ทำการสงฆ์โดยชอบ
14. ห้ามทิ้งเตียงตั้งของสงฆ์ไว้กลางแจ้ง
15. ห้ามปล่อยพื้นนอนไว้ ไม่เก็บงำ
16. ห้ามนอนแทรกภิกษุผู้เข้าไปอยู่ก่อน
17. ห้ามฉุดคร่าภิกษุออกจากวิหารของสงฆ์
18. ห้ามนั่งนอนทับเตียงหรือตั้งที่อยู่ชั้นบน
19. ห้ามพอกหลังคาวิหารเกิน 3 ชั้น
20. ห้ามเอาน้ำมีสัตว์รดหญ้าหรือดิน
21. ห้ามสอนนางภิกษุณีเมื่อมิได้รับมอบหมาย
22. ห้ามสอนนางภิกษุณีตั้งแต่อาทิตย์ตกแล้ว
23. ห้ามไปสอนนางภิกษุณีถึงที่อยู่
24. ห้ามติเตียนภิกษุอื่นว่าสอนนางภิกษุณีเพราะเห็นแก่ลาภ
25. ห้ามให้จีวรแก่นางภิกษุณีผู้มีไข้ญาติ
26. ห้ามเย็บจีวรให้นางภิกษุณีผู้มีไข้ญาติ
27. ห้ามเดินทางไกลร่วมกับนางภิกษุณี
28. ห้ามชวนนางภิกษุณีเดินทางเรือร่วมกัน
29. ห้ามฉันทอาหารที่นางภิกษุณีไปแฉะให้เขาถวาย
30. ห้ามนั่งในที่ลับสองต่อสองกับภิกษุณี
31. ห้ามฉันทอาหารในโรงพักเดินทางเกิน 3 มื้อ
32. ห้ามฉันทอาหารรวมกลุ่ม
33. ห้ามรับนิมนต์แล้วไปฉันทอาหารที่อื่น
34. ห้ามรับบิณฑบาตเกิน 3 บาตร
35. ห้ามฉันทอีกเมื่อฉันทในที่นิมนต์เสร็จแล้ว

36. ห้ามพูดให้ภิกษุที่ฉันแล้วฉันอีกเพื่อจับผิด
37. ห้ามฉันอาหารในเวลาวิกาล
38. ห้ามฉันอาหารที่เก็บไว้ค้างคืน
39. ห้ามขออาหารประณีตมาเพื่อฉันเอง
40. ห้ามฉันอาหารที่มีได้รับประเคน
41. ห้ามยื่นอาหารด้วยมือให้ซีเปลือยและนักบวชอื่นๆ
42. ห้ามชวนภิกษุไปบิณฑบาตด้วยแล้วไล่กลับ
43. ห้ามเข้าไปแทรกแซงในสกุลที่มีคน 2 คน
44. ห้ามนั่งในที่ลับมีที่กำบังกับมาตุคาม (ผู้หญิง)
45. ห้ามนั่งในที่ลับ(หู) สองต่อสองกับมาตุคาม
46. ห้ามรับนิมนต์แล้วไปที่อื่นไม่บอกลา
47. ห้ามขอของเกินกำหนดเวลาที่เขาอนุญาตไว้
48. ห้ามไปตุงกองทัพที่ยกไป
49. ห้ามพักอยู่ในกองทัพเกิน 3 คืน
50. ห้ามดูเขารบกันเป็นต้นเมื่อไปในกองทัพ
51. ห้ามดื่มสุราเมรัย
52. ห้ามจี้ภิกษุ
53. ห้ามว่ายนํ้าเล่น
54. ห้ามแสดงความไม่เอื้อเฟื้อในวินัย
55. ห้ามหลอกภิกษุให้กลัวเครื่องหมายเครื่องนุ่งห่ม
56. ห้ามตีตีไฟเพื่อผิง
57. ห้ามอาบน้ำบ่อยๆเว้นแต่มีเหตุ
58. ให้ทำเครื่องหมายเครื่องนุ่งห่ม
59. วิกัปจิวรไว้แล้ว (ทำให้เป็นสองเจ้าของ-ให้ยืมใช้) จะใช้ต้องถอนก่อน
60. ห้ามเล่นซ่อนบิณฑบาตของภิกษุอื่น
61. ห้ามฆ่าสัตว์
62. ห้ามบริโภคน้ำมีตัวสัตว์
63. ห้ามรื้อฟื้นอธิกรณ์(คดีความ-ข้อโต้เถียง)ที่ชำระเป็นธรรมแล้ว
64. ห้ามปกปิดอาบัติชั่วหยาบของภิกษุอื่น
65. ห้ามบวชบุคคลอายุไม่ถึง 20 ปี
66. ห้ามชวนพ่อค้าผู้หนีภาษีเดินทางร่วมกัน

67. ห้ามชวนผู้หญิงเดินทางร่วมกัน
68. ห้ามกล่าวต่อพระธรรมวินัย(ภิกษุอื่นห้ามและสวดประกาศเกิน 3 ครั้ง)
69. ห้ามคบภิกษุผู้กล่าวต่อพระธรรมวินัย
70. ห้ามคบสามเณรผู้กล่าวต่อพระธรรมวินัย
71. ห้ามพูดไกลเมื่อทำผิดแล้ว
72. ห้ามกล่าวติเตียนสิกขาบท
73. ห้ามพูดแก้ตัวว่า เพิ่งรู้ว่ามีในปาฏิโมกข์
74. ห้ามทำร้ายร่างกายภิกษุ
75. ห้ามเจือมือจะทำร้ายภิกษุ
76. ห้ามโจทภิกษุด้วยอาบัติสังฆาทิเสสที่ไม่มีมูล
77. ห้ามก่อความรำคาญแก่ภิกษุอื่น
78. ห้ามแอบฟังความของภิกษุผู้ทะเลาะกัน
79. ให้ฉันทะแล้วห้ามพูดติเตียน
80. ขณะกำลังประชุมสงฆ์ห้ามลุกไปโดยไม่ให้ฉันทะ
81. ร่วมกับสงฆ์ให้จิวรแก่ภิกษุแล้ว ห้ามติเตียนภายหลัง
82. ห้ามน้อมลาภสงฆ์มาเพื่อบุคคล
83. ห้ามเข้าไปในตำหนักของพระราชา
84. ห้ามเก็บของมีค่าที่ตกอยู่
85. เมื่อจะเข้าบ้านในเวลาวิกาลต้องบอกลาภิกษุก่อน
86. ห้ามทำกล่องเข็มด้วยกระดูกและงา หรือเขาสัตว์
87. ห้ามทำเตียงตั้งมีเท้าสูงกว่าประมาณ
88. ห้ามทำเตียง ตั้งที่หุ้มด้วยนุ่น
89. ห้ามทำผ้าปูนั่งมีขนาดเกินประมาณ
90. ห้ามทำผ้าปิดฝีมีขนาดเกินประมาณ
91. ห้ามทำผ้าอาบน้ำฝนมีขนาดเกินประมาณ
92. ห้ามทำจิวรมีขนาดเกินประมาณ

วินัยในเรื่องปาจิตติย ที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์คือ ข้อที่ 5 และข้อที่ 16 ห้ามนอน
 แทรกพระภิกษุหรือนอนร่วมกับผู้ที่ไม่ใช่พระภิกษุเนื่องจากต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่
 ผู้อื่น ข้อ 32 ห้ามฉันอาหารรวมกลุ่มการฉันภัตตาหารจะต้องแยกคือไม่ฉันร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น
 เนื่องจากในขณะที่ฉันจะไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส ข้อ 37
 การไม่ฉันอาหารในยามวิกาล จากการอาพาธในระยะแรกพระสงฆ์จะมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ

น้ำหนักตัวลดลงมากอยู่ในภาวะขาดสารอาหาร กับการฉับกัตอาหารยามวิกาลเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจาก
จะต้องฉับกัตอาหารให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นเพื่อให้ภูมิต้านทานโรคเพิ่มขึ้น ข้อ 51 ห้ามดื่มสุราเมรัย
ซึ่งเป็นเรื่องที่ปฏิบัติไม่ได้ ข้อ 46 ห้ามรับนิมนต์ซึ่งการอาพาธเป็นวิธโรคเมื่อทราบว่าเป็นอาพาธจนถึง
ระยะแรกของการรักษาจะต้องไม่รับนิมนต์เนื่องจากต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

เภสัชขันธ์กะ (พระไตรปิฎกภาษาไทยฉบับมหาจุฬาฯ พระวินัยปิฎก เล่ม 5 ข้อ
160 – 162 หน้า 43-64) ทรงอนุญาตเภสัช 5 ยา อาหารและวิธีการรักษาโรคอื่นๆ ดังนี้

1. ภิกษุหลายรูปอาพาธ ดื่มน้ำขมิ้นหรือฉับอาหารที่เอาเจียนออก จึงชুবพอม
พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงอนุญาต เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย (เภสัช 5) ให้ฉับได้ทั้งกาล คือ
ก่อนเที่ยง และวิกาลคือหลังเที่ยงไปแล้ว
2. ทรงอนุญาตเปลวสัตว์หลายอย่าง ให้เคี้ยวบริโภคนเป็นเภสัชได้เฉพาะในกาล
3. ทรงอนุญาตให้ฉับมูลเภสัช (ยาที่เป็นหัวหรือเหง้าไม้) เช่น ขมิ้น ขิง เป็นต้น
ไม่กำหนดกาลแต่ต้องมีเหตุที่สมควร ถ้าไม่มีเหตุสมควรต้องอาบัติทุกกฏ สำหรับภิกษุผู้อาพาธ ทรง
อนุญาตให้ใช้หีบดได้
4. ทรงอนุญาตให้ฉับกสาวเภสัช (ยาที่เป็นน้ำฝาดจากต้นไม้) ได้ตลอดชีวิต เมื่อมี
เหตุสมควร
5. ทรงอนุญาตให้ฉับปณฺณเภสัช (ใบไม้ที่เป็นยา) ได้ตลอดชีวิต เมื่อมีเหตุสมควร
6. ทรงอนุญาตให้ฉับผลเภสัช (ผลไม้ที่เป็นยา) เช่น พริก สมอไทย มะขามป้อมได้
ตลอดชีวิต เมื่อมีเหตุสมควร
7. ทรงอนุญาตให้ฉับชตฺเภสัช (ยางไม้ที่เป็นยา) เช่น มหาหิงค์ ได้ตลอดชีวิต เมื่อ
มีเหตุสมควร
8. ทรงอนุญาตให้ฉับโลณเภสัช (เกลือที่เป็นยา) เช่น เกลือสมุทร เกลือสินเธาว์
ได้ตลอดชีวิต เมื่อมีเหตุสมควร
9. ทรงอนุญาตให้ใช้ยาผง ในเมื่อเป็นแผลพุพอง หรือกลืนตัวแรง เพื่อมิให้แผล
ติดจีวร สำหรับภิกษุที่ไม่อาพาธ ทรงอนุญาตให้ใช้มูลโคแห้ง ดินแห้ง และการเคี้ยวข้อม ทรงอนุญาต
ครก สากและแล่ง (สำหรับร่อนยา) เพื่อการนี้
10. ทรงอนุญาตเนื้อสัตว์ดิบ โลหิตดิบ ในเมื่ออาพาธเนืองด้วยมนุษย
11. ทรงอนุญาตยาตาและกัถกยาตา สำหรับภิกษุผู้เป็นโรคตา ห้ามมิให้ใช้กัถ
ยาตาที่ทำด้วยเงินและทองแบบคฤหัสถ์ กับทรงอนุญาตฝาบปิดกัถยาตาและให้ใช้ด้ายพันกัถยาตา
กับทรงอนุญาตให้ใช้ไม้ยาตาและถุงใส่ไม้ยาตา รวมทั้งสำหรับสพะยคล้องบ่า

12. ทรงอนุญาตให้ทาน้ำมันที่ศีรษะ เมื่อเป็นโรคร้อนศีรษะและอนุญาตให้ขันตั้ง ยา และกลองยานัตถุ์ห้ามทาด้วยเงินและทอง ของที่งดงามตามแบบคฤหัสถ์ ทรงอนุญาตกลองยานัตถุ์ ที่มีหลอดคู่ทรงอนุญาตให้สุดคว้นของยาทางจุมก ทรงอนุญาตกลองยาสูบที่ใช้รักษาโรคแต่ไม่ให้ใช้ กลองที่ทาด้วยเงินหรืองดงามแบบคฤหัสถ์ทรงอนุญาตให้ใช้กลองปิดยาสูบ เพื่อกันสัตว์เข้าไปข้างใน ทรงอนุญาตให้ใส่กลองยาสูบ และงดงคู่รวมทั้งสายสะพายคล้องบ่า

13. ทรงอนุญาตให้เคี้ยวน้ำมัน (ยาทา) และอนุญาตให้เติมน้ำเมาลงในน้ำมันที่ จะทายาได้โดยมีเงื่อนไขว่า น้ำเมาที่จะใส่นั้น มีกลิ่น รส ไม่ปรากฏ ทรงอนุญาตภาชนะสำหรับใส่น้ำมันที่ทำด้วยโลหะ หรือผลไม้ ทรงอนุญาตการทำให้เห็งออกตั้งแต่อย่างธรรมดา ถึงอย่างกระโจม โดยมีถาดน้ำร้อนอยู่ในนั้น

14. ทรงอนุญาตให้นำเลือดออกโดยใช้เขาควางขูด

15. ทรงอนุญาตยาทาเมื่อเท้าแตก และอนุญาตให้ปรุงยาทาเท้าได้

16. ทรงอนุญาตผ้าฝีและอนุญาตกระบวนกรทังปวงที่เนื่องด้วยแผลผ่าตัดนั้น

17. ทรงอนุญาตยา 4 ชนิดในขณะที่ถูกงักัด หรือมูตร (ปัสสาวะ) คูถ (อุจจาระ) ขี้เถ้าและดินในขณะรีบด่วนเช่นนั้น ถ้าไม่มีคนทายาให้ ให้ถือเอาเองแล้วฉันทได้ไม่เป็นอาบัติ

18. ทรงอนุญาตยา และอาหารอ่อนบางอย่างตามสมควรแก่โรค และความ ต้องการที่จำเป็น เช่นน้ำต่างจากขี้เถ้าของข้าวสุกเผา แก้วโรคท้องอืด สมอดองด้วยน้ำมูตรโรค แก้วโรค ผอมเหลือง การทาด้วยของหอมแก้วโรคผิวหนัง น้ำข้าวใน ย้าข้าวขัน น้ำข้าวต้มที่ไม่ขัน น้ำถั่วต้มที่ขัน เล็กน้อย น้ำเนื้อต้ม เป็นการผ่อนผันให้เหมาะแก่การอาหารทรงห้ามฉนเนื้อที่ไม่ควรอันได้แก่ เนื้อ มนุษย์ เนื้อช้าง เนื้อม้า เนื้องู เนื้อสุนัขบ้าน เนื้อราชสีห์ เนื้อเสือโคร่ง เนื้อเสือดาว เนื้อหมี และเนื้อ สุนัขป่า

จากบทนี้จะเห็นได้ว่าพระพุทธเจ้าทรงสนับสนุนการดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย จึง ได้มีบทอนุญาตให้มีการใช้ยา รวมทั้งการรักษาโรคด้วยวิธีต่างๆ ทำให้พระสงฆ์สามารถฉนยา และใช้ ยาได้ อีกทั้งเภสัช 5 ยังสามารถฉนได้ทั้งในกาลและวิกาล ทำให้พระสงฆ์ฉนยาเพื่อรักษาโรคได้

ในเรื่องการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล พระพุทธศาสนาเห็นความสำคัญของการดูแล สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยมีการกล่าวไว้ดังนี้

1. ไม่ให้ไว้ผมยาว

2. ห้ามพระภิกษุไว้เล็บยาว

3. การใช้ไม้ชำระฟัน

4. การไม่ใช่ของร่วมกับผู้อื่น

5. กรณีพระภิกษุเท้าแตก อนุญาตให้สวมรองเท้าหลายชั้นที่ใช้แล้ว รวมทั้งการ อนุญาตให้ภิกษุทั่วไปสวมรองเท้าในอารามได้ ยกเว้นขณะเดินจงกรม

6. ห้ามภิกษุทำเปื้อน ไม่ล้างเท้า เท้าเปียก หรือสวมรองเท้าเหยียบเสนาสนะ
7. หลังจากถ่ายอุจจาระแล้วต้องทำความสะอาดทุกครั้ง
8. พระภิกษุสามารถอาบน้ำได้ตลอดเวลา
9. พระภิกษุที่ทุพพลภาพเพราะชรา เมื่อสร่งน้ำไม่สามารถจะถูกายได้

พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้เกลือถูกายได้ และกรณีที่พระภิกษุอาพาธต้องทายาในที่ลับ อนุญาตให้โกนขนได้

จะเห็นได้ว่าพระพุทเจ้า ทรงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่นเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและการหมั่นทำความสะอาดร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอจะช่วยลดเชื้อโรคได้มาก ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค จะต้องรักษาความสะอาดร่างกาย ไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่นจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง

อาการที่พระสงฆ์ต้องอาบัติเหล่านี้ 6 อย่างคือ

1. ต้องด้วยไม่ละอาย
2. ต้องด้วยไม่รู้ว่สิ่งนี้เป็นอาบัติ
3. ต้องด้วยสงสัยแล้วขึ้นทำ
4. ต้องด้วยสำคัญว่าควรในของที่ไม่ควร
5. ต้องด้วยสำคัญว่าไม่ควรในของที่ควร

พระวินัยหรือศีลทั้งหมดของพระภิกษุมี 227 ลีขาบทสามเณรมี 10 ลีขาบทการ สำรวมกายวาจาให้เรียบร้อยเรียกว่าศีลการล่วงลีขาบทมีความเสียหายเกิดขึ้นยิ่งหย่อนกว่ากันผู้วิจัย ได้ศึกษาสาระเฉพาะที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพดังนี้

ล่วงแล้วทำให้เป็นคนเลว

1. ตีม่น้ำเมาคือตีม่นสุราเมรัยจะมีเจตนาหรือไม่ก็ตามเป็นปาจิตติย

เมรัย ได้แก่ น้ำ อันมีรสหวานที่เป็นเองตามธรรมชาติเช่นน้ำตาลสดที่เขาปรุงขึ้นด้วย กรรมวิธีบางอย่างหรือน้ำดองดอกไม้ น้ำดองผลไม้ น้ำดองน้ำผึ้ง น้ำดองน้ำอ้อยบ่น้ำดองที่ผสมด้วย เครื่องปรุงเมื่อล่วงเวลาไปรสหวานนั้นจะกลายเป็นรสเมาแรงหรืออ่อนตามแต่เครื่องผสมหรือกาลเวลา เป็นของที่ทำด้วยวิธีหมักดองเรียกสั้นว่าเมรัย

สุราได้แก่เมรัยที่เขากล่นสกัดเพื่อให้รสเมาแรงยิ่งขึ้นตามแต่จะกำหนดว่าเท่าไรเป็น พอดีเรียกสั้นว่าสุราได้แก่สุราที่ทำด้วยแป้ง สุราที่ทำด้วยขนม สุราที่ทำด้วยข้าวสุกสุราที่หมักสำเหล้า สุราที่ผสมด้วยเครื่องปรุง (ลานพุทธศาสนา, n.d.)

ล่องแล้วทำให้เป็นคนเล่นชุกชน

1. ฝึกขุดว่ายน้ำเล่นอาบตีปาจิตตีย์

ลักษณะอาบตี

1. น้ำลิกพอที่จะดำได้มีดตัวหรือลิกพอที่ว่ายได้สะดวกเป็นปาจิตตีย์
2. เล่นอย่างอื่นเช่นเอามือวิกน้ำเล่นเป็นทุกกฎ
3. น้ำตื้นว่ายไม่สะดวกและน้ำในภาชนะเป็นทุกกฎ
4. มีกิจต้องทำในน้ำดำลงว่ายเพื่อทำกิจนั้นไม่เป็นอาบตี

ล่องแล้วทำให้เป็นผู้สะเพร่า

1. ละเลยเครื่องนอนของสงฆ์ที่ตนนำมาใช้แล้วไม่เก็บงำฝึกขุดโปงก็ตีใช้ให้คนอื่น
ปูก็ตีซึ่งที่นอนในกุฏิสงฆ์แล้วเมื่อจะหลีกไปจากที่นั้นไม่เก็บเองหรือไม่ชี้ให้ผู้อื่นเก็บหรือไม่สั่งเสีย
มอบหมายแก่ผู้อื่นก่อนจึงไปเป็นปาจิตตีย์

ที่นอน หมายถึง พูก เสื่อ ผ้าปูที่นอน และของชนิดเดียวกัน

กุฏิ คือวิหารนั้น ได้แก่ที่อยู่ ซึ่งในบัดนี้เรียกว่า กุฏิทั้งนั้น (พิฑูร มลิวลย์, 2541)

ล่องแล้วทำให้เสียธรรมเนียมของฝึกขุด

พรากพืชเขียว

ฝึกขุดพรากกุดคาม(คือต้นไม้ ต้นหญ้า เถาวัลย์ เป็นต้น) อันเป็นของเขียวที่อยู่
กับที่ให้หลุดจากที่ เป็นปาจิตตีย์

คำว่า“พราก” ได้แก่ ขุดถอนหรือตัดฟัน เป็นต้น “ของเขียว” นั้น ได้แก่พืช
พันธ์อันเป็นอยู่กับที่ ทานแฉงไว้ 5 ชนิด

1. พืชเกิดจากเหง้า เช่น ขมิ้น เป็นต้น
2. พืชเกิดจากต้น คือ ตอนจากต้นเพาะได้ เช่น ต้นโพธิ์ เป็นต้น
3. พืชเกิดจากข้อ คือใช้ข้อปลูกได้ เช่น ต้นอ้อย ไม้ไผ่ เป็นต้น
4. พืชเกิดจากยอด คือใช้ยอดปักก็ขึ้นได้ เช่น ผักชีล้อม เป็นต้น
5. พืชเกิดจากเมล็ด คือใช้เมล็ดเพาะ เช่น ถั่ว งา เป็นต้น

การขุดดิน ปลูกต้นไม้ ตัดต้นไม้ ในบุคคลทั่วไป พฤติกรรมดังกล่าว ถือว่าเป็น
พฤติกรรมการออกแรงเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยทั่วไป แต่พบว่าในพระสงฆ์ถือว่าเป็นอาบตี
(กองศาสนศึกษา, 2541)

1. ขุดดินเอง หรือใช้ให้คนอื่นขุด อาบตี ปาจิตตีย์

ฝึกขุด ขุดเองก็ดี ให้ผู้อื่นขุดก็ดี ซึ่งแผ่นดิน เป็นปาจิตตีย์ สิกขาบทนี้
ทรงบัญญัติขึ้นตามความเข้าใจสมัยก่อนนั้นว่า แผ่นดินเป็นของมีอินทรีย์ คือ มีชีวิต (กองศาสนศึกษา,
2541)

2. ฉันทอาหารในเวลาเกินเที่ยงวัน อาบัติ ปาจิตตีย์

ภิกษุใด ฉันทของเคี้ยวของฉันทที่เป็นอาหารในยามวิกาล คือตั้งแต่เที่ยงแล้วไปจนถึงวันใหม่ เป็นปาจิตตีย์ (กองศาสนศึกษา, 2541)

3. ฉันทอาหารที่เขาประเคนค้างคืน พระเวฬุริยสูละ อยู่ในป่า ได้เข้าไปบิณฑบาตได้ข้าวสุกมาแล้ว นำไปตากแห้งเก็บไว้ เมื่อใดต้องการก็นำมาแช่น้ำแล้วฉันท นานๆ จึงจะเข้าไปบิณฑบาต พระผู้มีพระภาคเจ้า ทรงทราบจึงบัญญัติสิกขาบทว่า ภิกษุใด ฯลฯ เป็นปาจิตตีย์ (พิฑูร มลิวาลัย, 2541)

4. ขออาหารอันประณีตจากคนที่ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่ปวารณา อาบัติ ปาจิตตีย์
ภิกษุใด ไม่เก็บใช้ ขอโภชนะอันประณีต เช่น เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ปลา เนื้อ นมสด นมส้ม เพื่อประโยชน์แก่ตน ต่อคฤหัสถ์ที่มีใช่ญาติ มิใช่ปวารณา เอามาฉันท เป็นปาจิตตีย์ (พิฑูร มลิวาลัย, 2541)

5. ฉันทอาหารในโรงทานติดๆกันหลายวัน ไม่ยอมออกไปบิณฑบาต
อาหารในโรงทานที่แจกทั่วไปไม่นิยมบุคคล ภิกษุไม่เก็บใช้ให้ฉันทวันเดียว ต้องหยุดเสียในระหว่างจึงฉันทได้อีก ถ้าฉันทติดๆกันตั้งแต่สองวันขึ้นไป เป็นปาจิตตีย์
พระพุทธรเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุอาพาธฉันทอาหารในโรงทาน และไม่ออกไปบิณฑบาตได้

อาหาร หมายถึง โภชนะ 5 อย่างคือ

1. ข้าวสุก ได้แก่ธัญญาชาติทุกชนิดที่หุงให้สุกแล้ว เช่น ข้าวเจ้า
2. กุมมาส คือ ขนนมสด มีอันจะบูดได้ เมื่อล่วงกาลแล้ว เช่น ขนมถั่ว ขนม
3. สัตตุ คือ ขนมแห้ง ได้แก่ขนมแห้งที่ไม่บูด เช่น ขนมที่เรียกว่า จันทรอัป
4. ปลา ตลอดจนสัตว์น้ำเหล่าอื่น เช่น หอย กุ้ง ปู เป็นต้น
5. เนื้อ คือ มังสะ (เนื้อ) ของสัตว์บกและนกที่ใช้เป็นอาหาร

ส่วนผลไม้ชนิดต่างๆ และเหง้าต่างๆ เช่นเผือก มัน เป็นต้นไม่นับเข้าโภชนะนี้ (กองศาสนศึกษา, 2541) ในชีวิตของบุคคลทั่วไปซึ่งมิใช่บรรพชิตนั้น ล้วนต้องอาศัย ปัจจัยสี่ ในการดำรงชีวิต ในพระสงฆ์ก็เช่น ต้องมีเครื่องอาศัยที่จำเป็นและในยามที่ร่างกายอ่อนแอต้องได้รับสารอาหารที่จำเป็นเข้าไปสร้างพลังงานเพื่อต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยเป็นวัณโรคเกือบจะทุกรายที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง และลดมากได้ถึง 5 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวเดิม ถ้าขาดอาหารในขณะที่เริ่มการรักษา อาจถึงแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นแม้จะต้องฉันทอาหารพระพุทธรองค์ จึงสอนให้

รู้จักวิธีเลี้ยงชีวิตและดำเนินชีวิตเพื่อจะได้ปฏิบัติกิจพระศาสนาต่อไป เครื่องอาศัยที่จำเป็นสำหรับบรรพชิตเรียกว่า นิสัย ซึ่งหมายถึง เครื่องอาศัยของบรรพชิตนี้ มี 4 อย่างคือ

1. เทียวบิณฑบาต คือให้ภิกษุเลี้ยงชีวิตด้วยการบิณฑบาต คือ อาศัยชาวบ้านเป็นอยู่ มีให้ประกอบอาชีพ จะเป็นอาชีพทำนา ค้าขาย หรือธุรกิจอื่นใดทั้งสิ้น ปัจจัยที่ได้จากการบิณฑบาตท่านกล่าวว่า เป็นปัจจัยที่ได้มาด้วยความบริสุทธิ์อย่างยิ่ง
2. นุ่งห่มผ้าบังสุกุล ผ้าบังสุกุล คือผ้าที่หาเจ้าของมิได้ เป็นผ้าที่เปื้อนฝุ่นชาวบ้านเขาทิ้งไว้ตามถังขยะ ภิกษุในสมัยพุทธกาลเก็บมาซัก เย็บ ย้อม ทำจีวรนุ่งห่ม
3. อยู่โคนไม้ การที่ท่านให้อยู่โคนไม้เพราะสมัยแรกๆ คือ สมัยที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้ใหม่ๆ บ้านเมืองยังไม่เจริญ คนที่บวชเป็นบรรพชิต เมื่อทิ้งบ้านเมืองมาอาศัยป่าต้นไม้มันเป็นที่อยู่อาศัย แม้แต่พระพุทธเจ้า ภายหลังบ้านเมืองเจริญมีคนศรัทธาสร้างวิหาร (ที่อยู่) และกุฏิ (กระท่อม) ถวายตั้งในปัจจุบัน
4. ฉันทยาตองด้วยน้ำมูตรเน่า ยารักษาโรคท่านให้ฉัน“ยาที่ต้องด้วยน้ำมูตรเน่า (น้ำปัสสาวะ)” เเท่าที่ทราบยังมีพระภิกษุบางรูปฉันกันอยู่ ก็คือใช้พวกสมอดองด้วยน้ำปัสสาวะ ฉันทยาตองด้วยน้ำมูตรเน่าได้หลายโรค สรุปลือ อายูยืน ในปัจจุบันทางแพทย์เจริญ การฉันทยาตอง ด้วยน้ำมูตรเน่าจึงหายไปแล้วแต่ใครจะฉัน

คุณ โทซันธ (2537) เนื่องจากพระสงฆ์มีหน้าที่โดยตรงในการสอนคนอื่นให้เป็นคนดี มีศีลธรรม พระสงฆ์จึงจำเป็นต้อง เป็นคนดี มีศีลธรรมเสียก่อน เพราะโดยปกติแล้ว คนทั่วไปจะมีความเข้าใจและความเชื่อไว้ล่วงหน้าอยู่แล้วว่าคนที่สอนเขาอย่างใดต้องทำอย่างนั้นได้ก่อน คนที่จะสอนขับริยนต์ ตัวเองก็ต้องขับริยนต์เป็นก่อน คนที่จะสอนให้เขาเดินรำ ต้องเดินรำเป็นก่อน ฉะนั้นคนที่สอนให้เขาทำดีมีศีลธรรม ต้องมีศีลธรรม มีความดี สมบูรณ์ในตนก่อน โดยเหตุนี้ พระสงฆ์จึงต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องนี้ เช่น

1. ต้องปฏิบัติเคร่งครัดในพระวินัยคือ ศีลที่ตนจะต้องรักษา
2. จะต้องไม่กระทำการใดๆ ก็ตามที่จะแสดงถึงความโลภ ความโกรธความหลง พึงดเว้นโดยเด็ดขาด
3. ควรจะพยายามปฏิบัติให้ครบทั้ง 3 ชั้น คือ ศีล สมาธิ ปัญญา หรือควรจะครบทั้งปริยัติ ปฏิบัติ ปฏิเวธ ซึ่งปัจจุบันพระสงฆ์ปฏิบัติได้ไม่ครบเลย ส่วนมากจะได้เพียง 2 ชั้นแรกคือ ศีล สมาธิ หรือได้แต่ ปริยัติและปฏิบัติ และทั้ง 2 ชั้น ก็ยังไม่ถึงขั้นสมบูรณ์
4. จะต้องเป็นตัวอย่างการครองชีวิตอย่างมีคุณธรรมเบื้องต้น เช่น อิทธิบาท 4 หิริโอตตปปะ สัจจะ เมตตา สันโดษ

5. จะต้องสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่วงการคณะสงฆ์ โดยการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโลกีย์วิสัยอันชาวบ้านพึงตำหนิติเตียน เช่น มีการเป็นอยู่หรูหรา มีรถยนต์ส่วนตัว ตั้งตัวเป็นหมอวิเศษเผยแพร่ตำราวิชา ลุ่มหลงในยศศักดิ์ ไม่สำรวมวาจา ชอบพูดจาหยอกเย้าสตรี ชมความงามสตรี หัวเราะดั่งลั่นในที่สาธารณะ ชอบสะพายกล้องใส่แว่นตาตัวขนาดใหญ่ ชอบเล่นกล้ำเพาะกายชกมวย และเล่นพนันมวยทางโทรทัศน์

6. จะต้องไม่เป็นอย่างค้ำถั่วกันที่ว่า“เข้าเอน เพลนอน กลางวันพักผ่อน กลางคืนจำวัด”

ในอดีตพระสงฆ์และวัดมีส่วนสำคัญในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพของผู้คนในชุมชนอยู่มาก ไม่จำกัดเฉพาะทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น พฤติกรรมทางกายที่เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเกื้อหนุนให้มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี ถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญของพระสงฆ์ที่ต้องแนะนำและส่งเสริมหรือเป็นแบบอย่างที่ดีที่ช่วยให้ชาวบ้านประพฤติปฏิบัติเพื่อป้องกันทุกข์ภัยไข้เจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมของบุคคลและชุมชน

หลักการสุขภาพิบาลในสมัยพุทธกาล

การสุขภาพิบาล มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล จากการศึกษาพระไตรปิฎก พบว่า พระพุทธเจ้าทรงวางรากฐานการสุขภาพิบาลสำหรับพระสงฆ์ไว้มากมาย (เดชา บัวเทศ, 2553)

1. การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ สมัยนั้น น้ำดื่มของพระสงฆ์ส่วนใหญ่ได้จากแม่น้ำ ลำคลอง ห้วย หนอง สระน้ำ ซึ่งมักจะขุ่นและไม่สะอาด พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้ผ้ากรองน้ำ
2. การกำจัดสิ่งปฏิกูล เมื่ออารามพระสงฆ์สกปรก พระพุทธเจ้าทรงทราบ จึงอนุญาตให้ถ่ายปัสสาวะในที่สมควรคือให้ถ่ายปัสสาวะลงในหม้อปัสสาวะที่มีฝาปิดมิดชิด การถ่ายอุจจาระ ให้ถ่ายอุจจาระในที่อันสมควร คือ บริเวณที่อนุญาตให้ล้อมรั้ว ใช้ไม้ชำระ หลุมถ่ายอุจจาระมีฝาปิด

3. เสนาสนะวัตร ที่พิศอกาศัย เมื่อพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเสนาสนะทั้ง 5 พระสงฆ์จะต้องคอยดูแลบำรุงรักษา มีข้อความในพระไตรปิฎกว่า ภิกษุทั้งหลายการอยู่ในวิหารใด ถ้าวิหารนั้นสกปรก พึงชำระให้สะอาด เมื่อชำระวิหารให้สะอาดจึงขนบาตรและจีวรออกก่อนวางไว้ ณ ที่สมควรจึงขนผ้าปูนั่ง ผ้าปูนอน พูก หมอนออกไปวางไว้ ณ ที่สมควร เติง ตั้ง พึงยกออกอย่างระมัดระวัง ถ้าวิหารมีหยากเยื่อ พึงกวาดเพดานลงมาก่อน กรอบหน้าต่างและมุมห้องพึงเช็ดถ้าฝาที่ทำน้ำมันหรือทาสีดำขึ้นราพึงให้ชุน้ำบิดแล้วเช็ด อย่าให้วิหารคราค่ำไปด้วยฝุ่นละออง ไม่พึงเคาะเสนาสนะได้ลม พรหมปูพื้นพึงผึ่งแดด ชำระคราบ

4. สุขาภิบาลอาหาร สมัยนั้น พระสงฆ์ฉันอาหารพร้อมกันกลางแจ้งต้องลำบากเพราะหนาวบ้าง ร้อนบ้าง พระพุทธเจ้าจึงทรงอนุญาตให้มีหอนฉัน ทรงห้ามฉันอาหารในภาชนะเดียวกัน ห้ามดื่มในขันเดียวกัน ทรงให้ล้างบาตร เช็ดและผึ่งแดดให้ร้อนแล้วจึงค่อยเก็บ

5. การป้องกันสัตว์นำโรค สมัยพุทธกาล การป้องกันสัตว์นำโรคทำได้หลายวิธี เช่นการใช้จิวรเพื่อป้องกันความหนาว เหลือบ ยุง ลม แดด และสัตว์เลื้อยคลาน พระพุทธเจ้า อนุญาตให้ใส่ปิดยุง

6. การรักษาความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ พระสงฆ์สงฆ์สงฆ์ในที่อันควร การไว้ผมยาวได้ไม่เกิน 2 นิ้วนานไม่เกิน 2 เดือน การทำความสะอาด เท้าพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้เท้าคือศิลา กรวด และดินฟองน้ำ การไว้เล็บและตัดเล็บทรงห้าม ไว้เล็บยาว การโกนผมหนวดและโกนขน พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้มีดโกน หินลับมีด เครื่องใช้ โกน ทุกชนิดห้ามปล่อยหนวดยาว เครายาว ห้ามปล่อยขนจมูกยาว พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้ ไม้แกะขี้หู ทรงอนุญาตให้ใช้ไม้ชำระฟันทำความสะอาดปากฟัน

จะเห็นได้ว่าตั้งแต่สมัยพุทธกาลมาแล้วที่พระพุทธเจ้าทรงตระหนักและเล็งเห็น ความสำคัญของการดูแลรักษาความสะอาดทั้งร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทรงคำนึงถึงการมีสุขภาพที่ดี ของพระสงฆ์

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

1. มาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินงานตามจุดเน้นวัณโรค ปีงบประมาณ 2557 - 2561

1.1 สถานการณ์และสภาพปัญหา

การควบคุมวัณโรคมุ่งการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดการป่วย ลดการตาย และ ป้องกัน การเกิดวัณโรคดื้อยา การควบคุมวัณโรคมุ่งเน้นกิจกรรมหลัก คือ การค้นหาผู้ป่วย และ การนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เพื่อดูแลการกินยาให้ครบและหาย ผู้ป่วยวัณโรค (New M+/New M-/Relapse/EP) ที่ค้นพบจากการรายงาน (60,000 ราย/ปี) ยังต่ำกว่าการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก (86,000 ราย/ปี) ผลสำเร็จของการรักษายังต่ำกว่าเป้าหมายที่จะนำไปสู่การลดโรควัณโรค ที่ร้อยละ 90 เนื่องจาก อุปสรรคที่สำคัญ คือ อัตราตายและอัตราขาดยา ยังสูงถึงร้อยละ 7 และ ร้อยละ 3 ตามลำดับ ผู้ที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน ได้รับการตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาเพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาไอโซไนอะไซด์และไรแฟมพิซิน หรือที่เรียกว่า วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi Drug Resistant - TB : MDR-TB) ยังต่ำมากเพียงร้อยละ 17 (องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ร้อยละ 100) ห้องปฏิบัติการชันสูตรที่สามารถเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยามี ครอบคลุมเพียงพอทั่วประเทศ แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลต่อการเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และการติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากต้องอาศัยการเพาะเชื้อเป็นหลัก

1.2 ตัวชี้วัดสำคัญ (Indicators) และค่าเป้าหมาย (Targets) ที่มุ่งเน้นการลดโรค วัณโรคและจุดเน้น

1.2.1 ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Outcome Indicators) การกำหนดตัวชี้วัดแต่ละระดับ เพื่อมั่นใจว่าการลดปัญหาวัณโรคของประเทศไทยเป็นทิศทางเดียวกันที่จะส่งผลต่อการลดปัญหา ในระดับโลกโดยแบ่งระดับตัวชี้วัด ดังนี้

1.2.1.1 ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเน้นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน ซึ่งประเมินด้วยตัวชี้วัดสำคัญคือ “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ”

1.2.1.2 ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคโดยเน้นการดำเนินงานที่จะส่งผลต่อ ความสำเร็จของตัวชี้วัดระดับกระทรวง ซึ่งประเมินด้วยตัวชี้วัดสำคัญของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค คือ อัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 5 และอัตราการขาดยาร้อยละ 0

1.2.1.3 ระดับกระทรวงโดยมีตัวชี้วัดสำคัญคือ อัตราความสำเร็จการรักษา ตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป

1.2.2 จุดเน้น

1.2.2.1 ค้นให้พบ หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ที่ไหน เร่งรัดค้นหาให้เจอ โดยค้นหาให้มากขึ้น เร็วขึ้น เนื่องจากปัจจุบันยังพบผู้ป่วยต่ำกว่าค่าประมาณ ซึ่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยา เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา รวมอยู่ในกิจกรรมนี้ด้วย

1.2.2.2 จบด้วยหายหมายถึง การดูแลด้วย “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ” ซึ่งเป็น การดูแลตามมาตรฐานสากล (International Standards for TB Care : ISTC)

1.2.2.3 ตายน้อยกว่า 5 และขาดยาเป็น 0 หมายถึง การลดปัญหาเรื่องตาย และขาดยาที่เป็นอุปสรรคสำคัญทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ

1.3 มาตรการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลต่อเป้าหมายการลดโรครอบการจัดทำแผนงาน วัณโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค อยู่บนพื้นฐานของ 3 มาตรการสำคัญ คือ

1.3.1 พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการขั้นสูงตรวจวัณโรคการเพาะเชื้อและทดสอบความ ไวต่อยาวัณโรคเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมวัณโรคของประเทศ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการ บริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB : PMDT) ตลอดจนเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความก้าวหน้าของการรักษาวัณโรคดื้อยาหากห้องปฏิบัติการได้รับ การขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตัวชี้วัดที่ 1.1 และ 1.2) จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้ เข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา (ตัวชี้วัดที่ 1.3) ได้ ทั้งนี้มาตรการนี้ส่งเสริมจุดเน้นที่มุ่งเน้นการลดโรค คือ “ค้นให้พบ”

มาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินงานตามจุดเน้นวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์

มาตรการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลต่อเป้าหมายการลดโรค

ก. พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูตรวัดโรค

ข. การพัฒนาระบบรายงานวัดโรคเพื่อการกำกับ ติดตามประเมินผล

ค. การพัฒนาคลินิกวัดโรคที่มีคุณภาพ

โดยกำหนดกิจกรรมหลักที่หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยวัดโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านการเข้าถึงบริการ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนามาตรฐานการตรวจวินิจฉัยและการรักษาวัดโรค

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาระบบการรายงานวัดโรคและสนับสนุนการสอบสวน การ

ป้องกันและควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาศักยภาพผู้กำกับการกินยารักษาวัดโรคแนวคิดทฤษฎีที่

เกี่ยวข้อง

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้จัดทำในช่วงของการปฏิรูปประเทศ โดยได้นำเสนอหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นปรัชญาในการนำทางการพัฒนาประเทศ

การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการเชื่อมต่อกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในลักษณะการแปลงยุทธศาสตร์ระยะยาวสู่การปฏิบัติ โดยในแต่ละยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดประเด็นการพัฒนา พร้อมทั้งแผนงาน/โครงการสำคัญที่ต้องดำเนินการให้เห็นผลเป็นรูปธรรมในช่วง 5 ปีแรกของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมคน สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัวรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน ยังได้กำหนดแนวคิดและกลไกการขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อกำกับให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทางและเกิดประสิทธิภาพนำไปสู่การพัฒนาเพื่อประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทย

ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มีทั้งหมด 10 ยุทธศาสตร์ โดยมี 6 ยุทธศาสตร์ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และอีก 4 ยุทธศาสตร์ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนซึ่งมีสาระที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้คือ

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา อาศัยการเพิ่มประสิทธิภาพจากปัจจัยความได้เปรียบด้านแรงงาน ทรัพยากรธรรมชาติ และการนำเข้าเทคโนโลยีสำเร็จจากต่างประเทศ มากกว่าการสะสมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีของตนเอง ทำให้ส่วนแบ่งผลประโยชน์ทางด้านเทคโนโลยีซึ่งมีมูลค่าเพิ่มสูงตกอยู่กับประเทศผู้เป็นเจ้าของเทคโนโลยี อีกทั้งการลงทุนด้านการวิจัย

และพัฒนายังไม่เพียงพอที่จะขับเคลื่อนประเทศสู่สังคมนวัตกรรมได้ การพัฒนาจึงเน้นในเรื่องการเพิ่มความเข้มแข็งด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศ และการเพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อยกระดับความสามารถการแข่งขันของภาคการผลิตและบริการ และคุณภาพชีวิตของประชาชนแนวทางการพัฒนาสำคัญประกอบด้วย (1) เร่งส่งเสริมการลงทุนวิจัยและพัฒนาและผลักดันสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และเชิงสังคม อาทิ ลงทุนวิจัยและพัฒนาในกลุ่มเทคโนโลยีที่ประเทศไทยมีศักยภาพพัฒนาได้เอง และกลุ่มเทคโนโลยีที่นำสู่การพัฒนาแบบก้าวกระโดด ลงทุนวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน (2) พัฒนาผู้ประกอบการให้เป็นผู้ประกอบการทางเทคโนโลยี อาทิ ส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีบทบาทหลักด้านนวัตกรรมเทคโนโลยีและร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนานวัตกรรม ส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการออกแบบและการจัดการธุรกิจที่ผสมการใช้เทคโนโลยีให้แพร่หลายในกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจของไทย และ (3) พัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ด้านบุคลากรวิจัย อาทิ การเร่งการผลิตบุคลากรสายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการ โดยเฉพาะในสาขา STEM และพัฒนาศักยภาพนักวิจัยให้มีทั้งความรู้และความเข้าใจในเทคโนโลยี

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคเมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ จากการขยายตัวของประชากรในเขตเมือง เป็นโอกาสขยายความเจริญ และยกระดับรายได้ของประชาชนโดยการพัฒนาเมืองให้เป็นเมืองน่าอยู่และมีศักยภาพในการรองรับการค้าการลงทุน รวมทั้งลดแรงกดดันจากการกระจุกตัวของการพัฒนาในกรุงเทพฯ และภาคกลางไปสู่ภูมิภาคแนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย (1) การพัฒนาภาคเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจให้กระจายตัวอย่างทั่วถึง พัฒนาภาคเหนือให้เป็นฐานเศรษฐกิจสร้างสรรค์มูลค่าสูง พัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้หลุดพ้นจากความยากจนสู่เป้าหมายการพึ่งตนเอง พัฒนาภาคกลางเป็นฐานเศรษฐกิจชั้นนำ พัฒนาภาคใต้เป็นฐานการสร้างรายได้ที่หลากหลาย (2) การพัฒนาเมือง อาทิ พัฒนาสภาพแวดล้อมเมืองศูนย์กลางของจังหวัดให้เป็นเมืองน่าอยู่ ส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมเมืองอย่างมีบูรณาการภายใต้การมีส่วนร่วมของส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน พัฒนาระบบขนส่งสาธารณะในเขตเมือง และ (3) การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจ พัฒนาพื้นที่ฟูฟุ้งที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออกให้เป็นฐานการผลิตอุตสาหกรรมหลักของประเทศที่ขยายตัวอย่างมีสมดุล มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจใหม่บริเวณชายแดนเป็นประตูเศรษฐกิจเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านให้เจริญเติบโตอย่างยั่งยืนและเกิดผลที่เป็นรูปธรรม

3. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา ยึดหลักคิดเสรี เปิดเสรี และเปิดโอกาสเน้นการพัฒนาและขยายความร่วมมือทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง และอื่นๆ กับมิตรประเทศแนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) ขยายความร่วมมือทางการค้าและการลงทุนกับมิตรประเทศ และแสวงหาตลาดใหม่สำหรับสินค้าและบริการของไทย (2) พัฒนาความเชื่อมโยงด้านการคมนาคมขนส่ง โลจิสติกส์ และโทรคมนาคมในกรอบความร่วมมืออนุภูมิภาคภายใต้แผนงาน GMS, ACMECS, IMT-GT, BIMSTEC ,และ JDS และภูมิภาคอาเซียนเพื่ออำนวยความสะดวกและลดต้นทุนด้านโลจิสติกส์ (3) พัฒนาและส่งเสริมให้ไทยเป็นฐานของการประกอบธุรกิจ การบริการ และการลงทุนที่โดดเด่นในภูมิภาค (4) ส่งเสริมการลงทุนไทยในต่างประเทศของผู้ประกอบการไทย (5) เปิดประตูการค้าและพัฒนาความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในลักษณะหุ้นส่วนทางยุทธศาสตร์ทั้งในระดับอนุภูมิภาคและภูมิภาคที่มีความเสมอภาคกัน (6) สร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา กับประเทศในอนุภูมิภาค ภูมิภาค และนานาชาติ (7) เข้าร่วมเป็นภาคีความร่วมมือระหว่างประเทศโดยมีบทบาทที่สร้างสรรค์ (8) ส่งเสริมความร่วมมือกับภูมิภาคและนานาชาติในการสร้างความมั่นคงในทุกด้านที่เกี่ยวกับเรื่องความอยู่ดีมีสุขของประชาชน (9) บูรณาการภารกิจด้านความร่วมมือระหว่างประเทศและด้านการต่างประเทศ และ (10) ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวภายในประเทศที่สำคัญ

สรุปได้ว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) นี้ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอยู่ 3 ประเด็น คือการส่งเสริมให้เกิดการวิจัยและนวัตกรรม การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเมืองที่น่าอยู่ลดการกระจุกตัวของประชาชนที่เป็นแรงงานในกรุงเทพฯ และภาคกลาง ไปยังภูมิภาคซึ่งวัณโรคมักจะเกิดในบริเวณที่มีประชากรแออัด และส่งเสริมการร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนาขยายความร่วมมือการค้าและการลงทุนร่วมเป็นภาคีความร่วมมือระหว่างประเทศโดยมีบทบาทที่สร้างสรรค์ซึ่งผลกระทบ ที่เกิดกับโรควัณโรคคือยาในระยะหลังนี้คือแรงงานข้ามชาติ

3. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ฉบับนี้มีเป้าประสงค์ คือ “ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171ต่อประชากร 100,000คน ในปีพ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2564” (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(The End TB Strategy) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีองค์ประกอบ 5ยุทธศาสตร์ ที่สำคัญพร้อมเป้าประสงค์และมาตรการภายใต้แต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสและผู้ป่วยไวรัสให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายเป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยไวรัสให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยไวรัสที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ
2. ค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาไวรัสระยะแฝง
3. ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในสถานพยาบาล และชุมชน
4. สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไวรัส

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยไวรัสเป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยไวรัสลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557 ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. ส่งเสริมผู้ป่วยไวรัสทุกราย ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ
2. เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานไวรัสและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงาน ร่วมกัน การเร่งรัดค้นหาการให้ยาป้องกันไวรัส การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยไวรัสทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย
3. ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไวรัสดี้อย่าให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมไวรัสเป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำและศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมไวรัส ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยไวรัสรายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

2. เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรค ให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืนเป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political Commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

2. ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่จากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

3. ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับเป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพเป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรครวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ด้วยมาตรการ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคเป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพเป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรครวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ด้วยมาตรการ ดังนี้

1. พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุนหน่วยงานวิจัย

2. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ ตลอดจนมาตรการดังกล่าวข้างต้น เป็นแนวทางสำหรับการจัดทำชุดกิจกรรมการดำเนินงาน โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยาแนวที่ 1 ปีละ 108,000 ราย ภายใน พ.ศ. 2564 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 90 ของจำนวนที่คาดประมาณไว้ ซึ่งผู้ป่วยจำนวนตามเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้นจาก 61,200 ราย ใน พ.ศ. 2555

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่หลายขนานคาดว่าร้อยละ 90ของผู้ป่วยที่ได้คาดประมาณประมาณ หรือประมาณจำนวน 1,900 ราย จะได้รับการรักษา ภายใน พ.ศ. 2564 ส่วนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี คาดว่า จะได้รับการรักษาปีละ 2,711 รายในช่วงแผนยุทธศาสตร์นี้

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช 2560

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช 2560 ได้จัดทำขึ้นภายใต้มติมหาเถรสมาคมครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 มติที่ 191/2560 เรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศเป้าหมายการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๓ ประเด็นสำคัญ คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคมกับการดูแลปฏิภพพระสงฆ์ที่ต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมยึดหลักการสำคัญ คือการใช้ทางธรรมนำทางโลก และมาตรการสำคัญในการดำเนินการ 5ด้านได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัยที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคงชุมชนเป็นสุขภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2560 - 2569)ตามเนื้อหาธรรมนูญบัญญัติไว้ด้วยกัน 5 หมวด หมวดที่ 1 ว่าด้วยเรื่องปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ หมวดที่ 2 เรื่องพระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัยหมวดที่ 3 ว่าด้วยเรื่องชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ต้องตามหลักพระธรรมวินัยหมวดที่4 เรื่องบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม และหมวดที่ 5 เรื่องการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

การประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อเล่มเดิมปีพ.ศ. 2523 ได้บังคับใช้มานาน บทบัญญัติบางประการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่รุนแรงและก่อให้เกิดโรคระบาดมากผิดปกติกว่าที่เคยเป็นมาทั้งโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2558 เป็นต้นไป อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อและเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีข้อความที่เป็นมาตราที่สำคัญ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2558) ดังนี้

มาตรา 31 เมื่อมีโรคติดต่ออันตราย/โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง/โรคระบาดเกิดขึ้น

-รับแจ้งจากเจ้าบ้าน/ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล/เจ้าของสถานประกอบการ

หรือสถานที่อื่นใด ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อ

- รับแจ้งจากผู้ทำการชันสูตร ในกรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์/สัตว์แพทย์ ตรวจพบว่าอาจมีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่อ

มาตรา 32 เมื่อได้รับแจ้งตามมาตรา 31

- ให้แจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กทม. และรายงานข้อมูลนั้น ให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว

มาตรา 34 เมื่อเกิดโรคติดต่ออันตราย/โรคระบาดหรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่ออันตราย/โรคระบาดในเขตพื้นที่ ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ มีอำนาจดำเนินการเอง/ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้ผู้ใดดำเนินการ

1. ให้ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด/ผู้สัมผัสโรค/ เป็นพาหะ มารับการตรวจ/รักษา/ชันสูตรทางการแพทย์
2. แยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต ณ สถานที่ที่กำหนด
3. ให้ผู้มีความเสี่ยงที่จะติดโรคได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. นำศพหรือซากสัตว์ไปรับการตรวจ/จัดการ เพื่อป้องกันการแพร่ของโรค
5. ให้เจ้าของ/ผู้ครอบครอง/ผู้พักอาศัยในบ้าน โรงเรือน สถานที่ พาหนะ กำจัดความติดโรค/แก้ไขปรับปรุงสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะ
6. ให้เจ้าของ/ผู้ครอบครอง/ผู้พักอาศัยในบ้าน โรงเรือน สถานที่ พาหนะ กำจัดสัตว์/แมลง/ ตัวอ่อนของแมลงที่เป็นสาเหตุการเกิดของโรค
7. ห้ามผู้ใดกระทำการใดๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
8. ห้ามผู้ใดเข้าไปหรือออกจากที่เอกเทศ
9. เข้าไปในสถานที่/พาหนะที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีโรค เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

10. สอบสวนโรค และหากพบว่ามีโรคติดต่ออันตราย/โรคระบาดเกิดขึ้น ให้แจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กทม. และรายงานกรมควบคุมโรคให้ทราบโดยเร็ว

มาตรา 42 ในกรณีที่พบว่าผู้เดินทางเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น โรคติดต่ออันตราย โรคระบาด หรือพาหะนำโรค

1. สั่งให้ผู้เดินทางที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด หรือพาหะนำโรค
2. ถูกแยกกัก
3. ถูกกักกัน
4. ถูกคุมไว้สังเกต
5. ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

บริบทพื้นที่วิจัย

1. ประวัติความเป็นมาของจังหวัดกาฬสินธุ์และอำเภอต่างๆในจังหวัดกาฬสินธุ์
บริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาการดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพประกอบ 2 แผนที่จังหวัดกาฬสินธุ์
ที่มา : สถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดกาฬสินธุ์ (2555)

จังหวัดกาฬสินธุ์

ประวัติจังหวัดกาฬสินธุ์ สมัยกรุงธนบุรี ประมาณ พ.ศ. 2310 พระเจ้าองค์เวียงดาแห่งนครเวียงจันทน์ได้สิ้นพระชนม์โอรสท้าวเพี้ยเมืองแสนได้ยกกองทัพเข้ายึดเมืองเวียงจันทน์ และได้สถาปนาขึ้นเป็นพระเจ้าแผ่นดินสืบแทน ทรงพระนามว่า พระเจ้าศิริบุญसार พ.ศ. 2330 ท้าวโสมพะมิตร และอุปราชเมืองแสนขังโปง เมืองแสนหน้าจ้ำเกิดขัดใจกับพระเจ้าศิริบุญसार จึงรวบรวมผู้คนอพยพจากดินแดนทางฝั่งซ้ายแม่น้ำโขง ข้ามมาตั้งบ้านเรือนบริเวณลุ่มน้ำก่ำ แถบบ้านพรรณนา (ปัจจุบันอยู่ในเขตจังหวัดสกลนคร) ต่อมาท้าวศิริบุญसारได้ยกกองทัพติดตามมา ท้าวโสมพะมิตรจึงอพยพต่อไป โดยแยกเป็น 2 สาย คือ สายที่ 1 มีเมืองแสนหน้าจ้ำเป็นหัวหน้าอพยพไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือไปจนถึงนครจำปาศักดิ์ ขอพึ่งบารมีของพระเจ้าหลวงแห่งนครจำปาศักดิ์ และตั้งบ้านเรือน ณ ดอนค้อนกอง ต่อมาเรียกว่าค่ายบ้านตู บ้านแก ในปี พ.ศ.2321

พระเจ้าศิริบุญสารให้เพี้ยสรรคสุภโยยกกองทัพมาปราบ พระวอตายในสนามรบ ผู้คนที่เหลือจึงอพยพไปอยู่ในเกาะกลางลำแม่น้ำมูลชื่อว่า ดอนมดแดง (ปัจจุบันอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี)

สายที่ 2 มีท้าวโสมพะมิตรเป็นหัวหน้าได้อพยพข้ามสันเขาภูพานลงมาทางใต้ และตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ้านกลางหมื่น ต่อมาท้าวโสมพะมิตรได้ส่งท้าวตรีชัย และคณะออกเสาะหาชัยภูมิที่จะสร้างเมืองใหม่ใช้เวลาประมาณปีเศษ จึงพบทำเลที่เหมาะสม คือ บริเวณลำน้ำป่า และเห็นว่าแก่งสำโรงชายสองเปลือยมีดินน้ำอุดมสมบูรณ์ จึงอพยพผู้คนมาตั้งบ้านเรือน และได้จัดตั้งศาลเจ้าพ่อหลักเมือง พ.ศ. 2336 ท้าวโสมพะมิตรได้นำเครื่องบรรณาการ คือ กาน้ำสัมฤทธิ์เข้าสวามิภักดิ์ ต่อพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1 แห่งราชวงศ์จักรี และขอตั้งบ้านแก่งสำโรงขึ้นเป็นเมืองได้รับพระราชทานนามว่า กาฬสินธุ์ และได้แต่งตั้งท้าวโสมพะมิตรเป็น พระยาชัยสุนทร พ.ศ. 2437 สมัยพระยาชัยสุนทร (ท้าวเก) ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครองเป็นแบบเทศาภิบาลมีมณฑลจังหวัด อำเภอ ตำบล และให้เมืองกาฬสินธุ์ เป็นอำเภออุทัยกาฬสินธุ์ ขึ้นกับจังหวัดร้อยเอ็ดวันที่ 1 สิงหาคม 2456 ได้ยกฐานะอำเภออุทัยกาฬสินธุ์ เป็น จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีอำนาจปกครองอำเภออุทัยกาฬสินธุ์ อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอกุฉินารายณ์ อำเภอกมลาไสย และอำเภอยางตลาด โดยให้ขึ้นต่อมณฑลร้อยเอ็ด วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2474 จังหวัดกาฬสินธุ์ถูกยุบเป็นอำเภอขึ้นกับจังหวัดมหาสารคาม วันที่ 1 ตุลาคม 2490 ได้ยกฐานะเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์จนถึงปัจจุบัน

กาฬสินธุ์เป็นจังหวัดที่มีความอุดมสมบูรณ์จังหวัดหนึ่งในภาคอีสาน จากหลักฐานทางโบราณคดีบ่งบอกว่า เคยเป็นที่อยู่อาศัยของเผ่าละว้า ซึ่งมีความเจริญทางด้านอารยธรรม ประมาณ 1,600 ปี จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์เริ่มตั้งเป็นเมืองในสมัยรัตนโกสินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2336 โดยท้าวโสมพะมิตร ได้อพยพหลบภัยมาจากดินแดนฝั่งซ้ายแม่น้ำโขงพร้อมไพร่พล และมาตั้งบ้านเรือนอยู่ริมลำน้ำป่า เรียกว่า บ้านแก่งสำโรง แล้วได้นำเครื่องบรรณาการเข้าถวายสวามิภักดิ์ต่อพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ต่อมาได้รับพระกรุณาโปรดเกล้า ยกฐานะบ้านแก่งสำโรงขึ้นเป็นเมือง และพระราชทานนามว่า “เมืองกาฬสินธุ์” หรือ “เมืองน้ำดำ” ซึ่งเป็นเมืองที่สำคัญทางประวัติศาสตร์มาตั้งแต่สมัยโบราณกาล “กาฬ” แปลว่า “ดำ” “สินธุ์” แปลว่า “น้ำ” กาฬสินธุ์จึงแปลว่า “น้ำดำ” ทั้งมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมแต่งตั้งให้ท้าวโสมพะมิตรเป็น “พระยาชัยสุนทร” ครองเมืองกาฬสินธุ์เป็นคนแรกคำขวัญประจำจังหวัดกาฬสินธุ์ “เมืองฟ้าแดดสงยาง โปงลางเลิศล้ำ วัฒนธรรมผู้ไทย ผ้าไหมแพรวา ผาเสวยภูพาน มหาธารลำปาว ไดโนเสาร์สัตว์โลกล้านปี”

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีต้นไม้ประจำจังหวัด คือ ต้นมะหาด มีดอกไม้ประจำจังหวัด คือ ดอกพะยอม มีพื้นที่ 6,946.746 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 977,508 คน (พ.ศ. 2550) ความหนาแน่นประชากร 140.72 คนต่อตารางกิโลเมตรจังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น

- 18 อำเภอ 134 ตำบล 1,509 หมู่บ้าน อำเภอในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ 1. อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
2. อำเภอนามน 3. อำเภอภมราไสย 4. อำเภอร่องคำ 5. อำเภอกุฉินารายณ์ 6. อำเภอเขาวง
7. อำเภอยางตลาด 8. อำเภอห้วยเม็ก 9. อำเภอสหัสขันธ์ 10. อำเภอคำม่วง 11. อำเภอท่าคันโท
12. อำเภอหนองกุงศรี 13. อำเภอสมเด็จ 14. อำเภอห้วยผึ้ง 15. อำเภอสามชัย 16. อำเภอนาคู
17. อำเภอดอนจาน 18. อำเภอฆ้องชัย

วิถีชีวิตของคนกาฬสินธุ์

กาฬสินธุ์ ผืนดินเก่าแก่แห่งแดนอีสาน ที่มีมรดกทางความเชื่อ วัฒนธรรม และ ทรัพยากรธรรมชาติ ตกทอดมาอย่างยาวนาน การประกอบอาหาร ประเพณีการรับประทานอาหาร คนพื้นเมืองส่วนใหญ่ นิยมนั่งรับประทานอาหารกับพื้นที่ใช้เสื่อปูลาดวางสำหรับบนเสื่อ ผู้รับประทาน จะนั่งล้อมวงรับประทานสำหรับอาจเป็นกระด้งไม้ไผ่หรือถาดสังกะสี แบบกลม ซึ่งสะดวกแก่การยกไป มา ทั้งเศษอาหารและวางซ้อนได้ ข้าวเหนียวหนึ่งใส่กระติบไม้ไผ่ตั้งไว้ข้างๆสำหรับ เปิบด้วยมือ บางบ้าน จะมีขันน้ำดื่มหรือกระติบน้ำแข็งใส่น้ำไว้ดื่มเมื่อรับประทานอาหาร คาวเสร็จแล้ว ก็จะมีอาหารหวาน ตามเป็นบางมื้อ

อาหารตามเทศกาลและพิธีต่างๆ

อาหารในพิธีต่างๆ งานที่เป็นมงคล เช่น งานแต่งงาน งานอุปสมบทงานกฐิน งานผ้าป่า อาหารคาวส่วนใหญ่ จะเป็นลาบ ก้อย ต้มเนื้อวัว และขนมจีนน้ำยาเป็นหลักส่วนอาหาร หวานมักจะเป็นลอดช่องใบเตย อาจจะเป็นเพราะประกอบง่าย ราคาถูกและได้ปริมาณมาก อาหารที่ไม่ นิยมรับประทาน คือ ยำ เพราะชื่อไม่เป็นมงคล มีความเชื่อว่าทำให้ทะเลาะเบาะแว้งกันงานศพไม่ นิยมรับประทานอาหารที่ทำจาก พริกหรืออาหารที่ทำด้วยเส้นต่างๆ เช่น ขนมจีน หรือเส้นหมี่ เป็นต้น เพราะมีชื่อไม่เป็นมงคลเช่นพริกจะทำให้มีคนตายเพิ่มขึ้นหรืออาหารที่เป็นเส้นยาวๆเชื่อว่าจำทำให้มีคน ตายติดต่อกันอีกหลายคน เป็นต้น

อาหารตามเทศกาล ชาวกาฬสินธุ์ยึดถือประเพณีเช่นเดียวกับจังหวัดใกล้เคียงที่ ปฏิบัติตามบรรพบุรุษ คือ ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ซึ่งหมายถึง การจัดงานโดยยึดเดือนทั้งสิบสองเดือน ใน 1 ปีเป็นแนวปฏิบัติ งานสำคัญทางพุทธศาสนา เช่น งานเข้าพรรษา ออกพรรษา บุญข้าวสาก งานข้าวประดับดิน งานอุปสมบท งานกฐิน งานศพ หรืองานผ้าป่า ชาวบ้านเกือบทุกหลังคาเรือน หรือเจ้าภาพที่จัดงานจะนิยมห่อข้าวต้ม ห่อขนมเทียน ห่อข้าวต้มผัด ซึ่งเป็นขนมทำเฉพาะประเพณี พื้นบ้านห่อด้วยใบตองกล้วยน้ำว้า ซึ่งเซ็ดและตัดอย่างบรรจง แล้วห่ออย่างสวยงามนำไปทำให้ลูกอีก ครั้งหนึ่ง

อาหารพื้นบ้าน

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอาหารพื้นเมืองหลายชนิดแต่อาหารที่มีชื่อเสียงที่เป็นรู้จักแพร่หลายทั่วประเทศว่ามีรสชาติอร่อย ดำเนินกิจการมานานและเป็นสัญลักษณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ส้มตำซึ่งเป็นอาหารหลักที่ขึ้นชื่อของภาคอีสาน เป็นอาหารประเภทที่มีเครื่องเคียงประกอบเพื่อเพิ่มรสชาติอร่อยยิ่งขึ้น เช่น ไก่ย่าง ปลาย่าง หรือเนื้อย่าง โดยรับประทาน กับข้าวเหนียว หรือขนมจีน และผักสดต่างๆ เช่น ผักบุ้ง ผักกระถิน สายบัว กะหล่ำปลี ฯลฯ เนื้อเค็มเป็นอาหารถนอมที่ทำจากเนื้อวัวแท่งเป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากสูตรเฉพาะที่และสูตรการหมักที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ทำให้มีรสชาติอร่อยได้มาตรฐาน ปลาร้าหรือปลาแดกเป็นอาหารถนอมที่ได้จากการหมักปลาดิบในระยะเวลาหนึ่ง ปปรุงโดยใช้ ร้าคั่ว ข้าวคั่ว ผสมน้ำเกลือ ที่ได้สัดส่วนพอเหมาะหมักในเวลาประมาณ 1 ปี จึงนำมารับประทานจะได้รสชาติดีและสีส้มชวนรับประทานปลาร้าเป็นอาหารหลักของคนภาคอีสานมาช้านานชาวพื้นเมืองจะนำปลาร้ามาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร เช่น แกงหน่อไม้ แกงอ่อมทั่วไป ปลาป่น แจ่ว ส้มตำ ฯลฯ จึงพอกกล่าวได้ว่า แทบทุกหลังคาเรือนจะต้องมีปลาร้าอยู่ในครัว เพราะในการปรุงอาหารพื้นเมืองถ้าขาดปลาร้าแล้วจะไม่รสชาติที่เป็นแบบฉบับดั้งเดิมกาฬสินธุ์

ความเชื่อ

ผีบรรพบุรุษอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นที่รู้จักและความเคารพของชาวกาฬสินธุ์ คือ เฒ่าโล เฒ่าเยอ แม่อย่างม แม่มด บรรพบุรุษกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นวิญญาณกึ่งเทพกึ่งผี ซึ่งมีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองแผ่นดินไม่ให้เกิดเภทภัย หรือภัยพิบัติตามธรรมชาติ บรรพบุรุษทั้งสองคู่นี้เดิมเป็นเทพและแกนฟ้าขึ้นได้บัญชาให้ลงมาปราบผีเผด็จศึกที่มาเบียดเบียนมนุษย์อันเป็นลูกหลานของบรม ถึงแม้ว่าเฒ่าโล แม่อย่างม เฒ่าเยอ แม่มดนี้ อาจจะไม่ค่อยอยู่ในความทรงจำของชาวกาฬสินธุ์แล้วก็ตามแต่แต่มีการบันทึกอยู่ในนิทานเรื่องขุนบรม และได้กำหนดหน้าที่ดูแลเภทภัยของแผ่นดิน คล้ายกับพระเสื้อเมืองพระทรงเมืองของภาคกลาง

ในความเชื่อกำเนิดผู้นำทางสังคมของชาวกาฬสินธุ์นั้น มีหลักฐานข้ออ้างจะชัดเจนกว่าคนไทยในกลุ่มอื่นๆ เพราะว่ามี การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรอยู่ในนิทานเรื่องขุนบรม ดังที่เชื่อว่าขุนบรมนั้นเป็นหน่อเนื้อเชื้อไขแกนฟ้าขึ้น แกนฟ้าท่านบัญชาให้มาเกิดในมนุษย์โลกเพื่อเป็นผู้ปกครองประชาชนที่เกิดจากผล น้ำเต้าปุ้น 2 ผลนั้น ฉะนั้น ขุนบรมจึงเป็นเทพหรือเทวดานั่นเอง และได้รับบัญชาให้ลงมาป้องกันภัยแก่มวลมนุษย์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้คล้ายคลึงกับอินเดียที่เชื่อว่าชนชั้นผู้ปกครองเป็นเทวบัญชา และจีนก็เชื่อสวรรค์บัญชาให้มาเกิด และในนิทานเรื่องขุนบรมนั้นได้กล่าวไว้ชัดเจนถึงหน้าที่ของชนชั้นผู้ปกครอง พร้อมทั้งบริวารขุนบรมที่เป็นมูลนายช่วยเหลือในการควบคุมสังคม ว่าได้ติดตามขุนบรมมาจากเบื้องบนตามบัญชาของแกนฟ้า และมีเชื้อสายมาจากผีแกนฟ้า เช่นเดียวกันว่า จึงให้หาลูกแกนมาต่อหน้าหน้านั้นชื่อว่าขุนธรรมราช ผู้หนึ่งชื่อขุนอุ้น ผู้หนึ่งชื่อขุนคลี

สองขุนนี้ขึ้นมาตามหลังขุนบรม รวมทั้งเฒ่าไล เฒ่าอย่างม เฒ่าเยอ แม่่มด ไปช่วยปราบพวกผีพวกยักษ์ และให้ขุนคัว ขุนกลางเชิงเป็นพลเสนา ฯลฯ เมื่อพิจารณารายชื่อบริวารของขุนบรมที่ตามลงมาเกิด และหน้าที่ที่เกณฑ์กำหนดให้แก่บริวารนั้น น่าจะพร้อมมูลตามหลักรัฐศาสตร์ที่ปรากฏอยู่ใน อีตลิบสองคองลิสสี่ของอีสาน คือ เเง่เมือง หมายถึงอำมาตย์ (ขุนธรรมราช) ตามเมืองหมายถึง นักปราชญ์ที่ปรึกษาราชการแผ่นดิน (ขุนแสงมโนศาสตร์) ขางเมือง (แปเมือง) และเขตเมือง หมายถึง เสนาข้าราชการที่ชื่อสัตย์ (ขุนอุ่น ขุนคลี) เมฆเมือง หมายถึงเทวดาอารักษ์ หลักเมือง (เฒ่าเยอ แม่ อย่างม เฒ่าไล แม่่มด) และฝาเมืองหมายถึงทกเกล้าทหาร (ขุนคัว ขุนกลางเชิง) แสดงให้เห็นว่าแนวคิด ในการดำเนินชนชั้นผู้ปกครองที่ปรากฏอยู่ในนิทานเรื่อง ขุนบรมนี้ เป็นภาพแผนผังที่นำมาจากการจัด ระเบียบการปกครองบ้านเมืองในสังคมของคนไทย กลุ่มแม่น้ำโขงนั่นเอง แนวคิดในการกำหนดชนชั้น ของชุมชนชาวภาพลันธุ์นั้น ถึงแม้ว่าจะไม่พบว่ามีการจัดจำแนกเป็นมูลนาย ไพร่ ทาส ไว้ชัดเจนแจ่ม เหมือนวัฒนธรรมกลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาก็ตาม แต่ก็เห็นได้ชัดว่ามีการจำแนกอย่างหลวมๆ ระหว่างมูลนาย และไพร่บ้านไทยเมืองที่เกิดจากผลน้ำเต้าปู้ และชี้ให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่แกนสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นของที่คู่ กัน จะหลีกเลียงไม่ได้

ถ้อยเรื่องวิญญานแทรกอยู่ในพระพุทธศาสนาของชาวบ้านหลายแห่ง ผสมผสานเข้ากับพิธีกรรมทางพุทธศาสนาอย่างกลมกลืน ซึ่งปรากฏให้เห็นในวรรณกรรมอีสานเรื่องพระยาคังคาก และนอกจากนี้พระไม่ตัดขาดจากชีวิตประจำวันของชาวบ้าน ตรงกันข้ามกับมาร่วมในการพัฒนา ชุมชนหลายด้านเปรียบเสมือนผู้นำของชุมชน วัดนอกจากจะเป็นสถานที่เล่าเรียน อบรมด้านพระวินัย พระธรรม บาลี การฝึกฝนด้านอาชีพในทางศิลปะวิทยาแขนงต่างๆ เช่น งานก่อสร้าง ช่างไม้ช่าง แกะสลัก ประยุกต์ เป็นต้นจะเห็นได้ว่าความสำคัญของวัดและบทบาทของพระต่างก็มีความสัมพันธ์ ประสานชีวิตของชาวบ้านอย่างแนบแน่น จึงเป็นธรรมดาที่ชาวบ้านย่อมถือว่าวัดเป็นหลักของพุทธ ศาสนามีความศักดิ์สิทธิ์ เป็นศูนย์กลางที่ชาวบ้านทำบุญประกอบกิจกรรมต่าง ๆ พิธีกรรม

พิธีกรรมเนื่องด้วยความเชื่อภูตผีในอีตลิบสอง

บทบัญญัติอีตลิบสองนั้นได้กำหนดพิธีกรรมเนื่องด้วยความเชื่อภูตผี วิญญานอยู่ด้วย เช่น บุญไหว้ผีตาแฮก (ผีประจำไร่นา) บุญซำชะ ซึ่งมีพิธีทอดถอนหลักบ้านหลักเมือง และมีการตอก หลักบ้านหลักเมืองให้เที่ยงให้ตรง โดยถือเคล็ดว่าถ้าหลักเมืองเที่ยงตรงแล้วบ้านเมืองจะอยู่อย่างสันติ สุข บุญไหว้ผีปู้ตาซึ่งถือเป็นพิธีกรรมใหญ่ของหมู่บ้านนอกจากนี้ มีพิธีทางศาสนาที่ปะปนกับความเชื่อ เรื่องภูตผี เช่น บุญข้าวประดับดิน ซึ่งทำกันในเดือน9แรม13ค่ำ ชาวบ้านจะเตรียมอาหารไว้จำนวน มากแบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนหนึ่งถวายพระที่วัด ส่วนที่สองเลี้ยงลูกหลานภายในครอบครัว ส่วนที่สาม แจกญาติข้างเคียง ส่วนที่สี่ห่อใส่ใบตองเป็นห่อ แยกกับอาหารหวานคาวไว้เป็นห่อๆ แล้วนำไปไว้ตาม ต้นไม้บริเวณวัดตอนย่ำรุ่งก่อนพระอาทิตย์ขึ้น เพื่อเป็นภาวูทิศให้แก่ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว พอเช้าก็นำ

อาหารไปทำบุญที่วัด ส่วนบุญบังไฟก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน คือเป็นความเชื่อเรื่องภูตผีวิญญาณดังกล่าวแล้ว

พิธีกรรมเนื่องด้วยความเชื่อเรื่องภูตผีอื่นๆ

พิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นพิธีกรรมเนื่องมาจากความเชื่อเรื่องภูตผีเช่น การเกิด มีการปักตาแหลวห่อ (เฉลว) เพื่อเป็นการป้องกันภูตผีมารบกวนทารกและแม่ลูกอ่อน ตาแหลวห่อนี้ทำด้วยไม้ไผ่ขนาดฝ่าบาตรพันด้วย ด้า แดง ขาว ไว้ที่วงรอบ การแต่งงานมีการไหว้ผี เสียผี การสู่ขวัญก็เป็นพิธีกรรมเนื่องด้วยความเชื่อเรื่องภูตผีเช่นเดียวกัน หรือความเชื่อเรื่องกองผีหลวง และความเชื่อเรื่องโชคกลางต่างๆ

ความเข้าใจเรื่องพุทธ ผี ของชาวกาฬสินธุ์

ชาวบ้านจังหวัดกาฬสินธุ์จะไม่แยกว่าอะไรเป็นพุทธ เป็นผี นั่นคือจะเชื่อถือ ให้ความเคารพ และประกอบพิธีกรรมตามจารีตทุกผู้ทุกนาม แม้แต่พระภิกษุที่เป็นชาวท้องถิ่นเอง (ที่ไม่ได้ศึกษาปริยัติธรรมสมัยใหม่) ก็ไม่นิยมชี้ให้ชาวบ้านเห็นว่า พิธีกรรมใดเนื่องด้วยผีสาง หรือพิธีกรรมใดเป็นพิธีกรรมของพุทธ และโดยปกติแล้วสังคมชาวกาฬสินธุ์ก็ไม่ได้ใส่ใจที่จะแยก กลับเห็นว่าพิธีกรรมเหล่านั้นเป็นพิธีกรรมที่จะนำมาเพื่อความสันติสุข เป็นสิริมงคลของครอบครัวและสังคม และไม่พึงใจที่จะละเว้นไม่ประกอบพิธีกรรม หรือไม่เคารพนับถือ ด้วยแนวคิดดังกล่าวนี้อาจจะเป็นคำตอบที่ดีในคำถามว่า ทำไมความเชื่อเรื่องภูตผีวิญญาณในสังคมชาวกาฬสินธุ์นั้นยังฝังแน่นอยู่ใน กระแสจิตสำนึกของชาวกาฬสินธุ์ มากกว่าท้องถิ่นอื่นๆ โดยเฉพาะชาวภาคกลาง

แม้ว่าพิธีกรรมอันเป็นกิจประเพณีส่วนรวมของสังคมจะคลี่คลายลงไปมากก็ตามแต่ ความเชื่อเรื่อง ภูตผีวิญญาณของปัจเจกบุคคลยังคงมีและปรากฏอยู่นั้นคือกิจประเพณีส่วนบุคคล นั้นยึดถือปฏิบัติอยู่ เช่น ออกจากหมู่บ้านไปเรียนหนังสือ หรือประกอบอาชีพ จะต้องจุดธูปเทียนบอกกล่าวพ่อเชื่อแม่เชื่อหรือผีปู่ตา รวมทั้งการแต่งงานเสียผี นอกจากนี้ในท่ามกลางวิทยาการสมัยใหม่ในการรักษาโรค เช่น การแพทย์อันทันสมัยได้แพร่กระจายไปสู่สังคมชนบทจังหวัดกาฬสินธุ์ แต่ชาวกาฬสินธุ์จำนวนมากก็ยังนิยมหาพ่อมดหมอผีอยู่ และเชื่อว่าโรคบางชนิดที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่อาจรักษาได้ แต่การรักษาโรคแบบดั้งเดิมจะช่วยให้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชาวกาฬสินธุ์เองนั้นไม่ได้ปฏิเสธวิทยาการสมัยใหม่ แต่ก็ไม่ทอดทิ้งคติความเชื่อดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง

ความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชน

วัดกับชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยภาพรวมเป็นการสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจากจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดเล็ก ๆ ทางภาคอีสานที่มีความเป็นอยู่แบบชุมชนชนบท และด้วยความที่เป็นชุมชนชนบทขนาดเล็กนี้ สังคมจึงเป็นสังคมที่มีการอยู่ร่วมกันแบบการพึ่งพาอาศัยในรูปเครือญาติค่อนข้างสูงระบบความเชื่อ ความเคารพศรัทธา ลักษณะนิสัยชุมชน บทบาทของพระสงฆ์

กัณฑ์ ความคาดหวังผลประโยชน์ทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างวัดกับชุมชน และส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างกันในชุมชน

พระสงฆ์กับฆราวาส

ประเพณีของชาวอีสาน มีความหลากหลาย และมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ประเพณีส่วนใหญ่จะเกิดมาจากความเชื่อ ค่านิยม และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และอิทธิพลของศาสนา ที่มีต่อคนในท้องถิ่น ประเพณีต่างๆ ถูกจัดขึ้นเพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการประกอบอาชีพ และเพื่อถ่ายทอดแนวความคิด ค่านิยมที่มีอยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ เช่น การสู่ขวัญ การเลี้ยงผีปู่ตา ผีตาแฮก การแห่เทียนพรรษา การขอฝนจากแถน เป็นต้นบรรพบุรุษของชาวอีสานสืบทอดประเพณีและวัฒนธรรมมาอย่างช้านานตั้งแต่สมัยล้านช้าง ซึ่งมีแนวคิดถือปฏิบัติและรักษาขนบธรรมเนียมมาอย่างเคร่งครัด ประเพณีของท้องถิ่นอีสานมีอยู่หลายอย่าง เช่น ประเพณีสู่ขวัญบายศรีประเพณีเกี่ยวกับชีวิต การเกิด งานบวช การแต่งงาน (กินดอง) และประเพณีเกี่ยวกับการตาย เป็นต้น ประเพณีที่สำคัญและรู้จักกันดีคือ ยี่สิบสองคลองสิบสี่ที่ยึดแนวปฏิบัติและความเชื่อว่าถ้าได้ปฏิบัติตามจะทำให้บ้านเมืองมีความเจริญรุ่งเรืองและเป็นสุข (พระครูวินัยธร พงศธรแก้วลาน, 2560) กล่าวไว้ว่า คองสิบสี่หรือครรองสิบสี่ชื่อ เป็นกรอบกติกาแนวทางที่ใช้เป็นหลักปฏิบัติในสังคมอีสานมาแต่ครั้งโบราณ เพื่อให้ตนเองและสังคมประสบแต่ความร่มเย็นผาสุก คือ สำหรับบุคคลที่ถือประเพณีปฏิบัติในระหว่างครอบครัวหรือต่อพระศาสนาและสำหรับท้าวพระยาผู้ปกครองบ้านเมือง ต้องประพฤติปฏิบัติเป็นประจำด้วย คองสิบสี่จึงเป็นแนวทางที่ใช้ปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและผู้ใต้ปกครองหรือระหว่างสามัญชนที่พึงปฏิบัติต่อกัน เป็นการนำธรรมะทางพระพุทธศาสนามาประยุกต์การปฏิบัติควบคู่กับแนวทางที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม (ไพฑูริย์ มีกุล, 2528) ชาวอีสานมีจิตใจยึดมั่นในพุทธศาสนาในเรื่องของบุญกุศล และมีความเชื่อว่าบุญอะไรไม่สำคัญเท่ากับการดูแลปรนนิบัติ บำเพ็ญตนให้การเคารพศรัทธาเหนือกว่าสิ่งอื่น วัดเป็นหลักของพุทธศาสนาความสำนึกของชาวอีสานเมื่อมีการตั้งบ้านเมืองก็พร้อมใจกันสร้างวัด ซึ่งคนอีสานคิดว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวเพื่อการหาที่พึ่ง เพื่อการเคารพศรัทธา วัดจึงเป็นส่วนสำคัญของหมู่บ้าน ซึ่งจะพบอยู่ทั่วไปบางหมู่บ้านมีวัดถึง 2 หรือ 3 วัดในชุมชนขนาดใหญ่มีประชากรหนาแน่น และคนในชุมชนกำหนดกิจกรรมประกอบรวมกันที่วัดตามฮีตและคองที่ประเพณีวัฒนธรรมอีสานยึดถือมาช้านาน บทบาทของพระมีส่วนช่วยให้เกิดความสัมพันธ์กับชุมชนที่ต้องมาพึ่งการประกอบพิธีในงานบุญและพิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตทั้งยามทุกข์และยามสุข ตั้งแต่เกิดจนตาย นอกจากนี้พบว่า พิธีพราหมณ์และลัทธิถือผีเรื่องวิญญาณยังคงมีแทรกอยู่ในพระพุทธศาสนาของชาวบ้านหลายแห่ง ผสมผสานเข้ากับพิธีกรรมทางพุทธศาสนาอย่างกลมกลืน ซึ่งปรากฏให้เห็นในวรรณกรรมอีสานหลายเรื่อง นอกจากนี้พระสงฆ์ไม่ได้ตัดขาดจากวิถีชีวิตของฆราวาส ในทางตรงกันข้ามพระสงฆ์กลับมีบทบาทในการร่วมพัฒนาชุมชนหลายด้านเปรียบเสมือนผู้นำหนึ่งบุคคลในชุมชน และวัดนอกจากจะเป็นสถานที่

เล่าเรียน อบรมด้านพระวินัยพระธรรม บาลี การฝึกฝนด้านอาชีพในทางศิลปะวิทยาแขนงต่างๆ เช่น งานก่อสร้าง ช่างไม้ช่างแกะสลัก ปรงยาทอผ้า การขับสรภัญญะ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าความสำคัญของวัดและบทบาทของพระต่างก็มีความสัมพันธ์ประสานชีวิตของชาวบ้านอย่างแนบแน่น จึงเป็นธรรมดาที่ชาวบ้านย่อมถือว่าพระสงฆ์เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญ เป็นที่มุ่งสนองประโยชน์ของสังคม โดยเปิดโอกาสให้คนทุกกลุ่มได้เข้ามาฝึกฝนพัฒนาตนเอง และนำหลักธรรมมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิต

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด

1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีความหมายและเกี่ยวข้องกับคำว่า พฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) มีความหมายดังนี้

ความหมายของพฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตเห็นได้ หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม แบ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้โดยบุคคลอื่นเช่นการกินการเดินการนั่งหรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่างๆ เป็นต้น

1.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้โดยบุคคลอื่นเช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่างๆ เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง ลักษณะการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้นโดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการสังเกตพฤติกรรม เช่น ความคิด ความฝัน ทัศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้น

ความหมายของ สุขภาพ

สุขภาพ ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is Defined as a State Complete Physical, Mental and Social Well-being and Merely the Absence of Disease Infirmity : World Health Organization (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ประเวศ วะสี (2541) ได้เสนอแนวคิด ตามความหมายที่ปรากฏให้ครอบคลุม โดยให้ความหมายตามแบบวิถีอย่างสังคมไทยว่า สุขภาพเป็นมงคลสูงสุด หมายความว่า เมื่อพระสงฆ์ถวายพระพรพระเจ้าอยู่หัวจะกล่าวว่า “ที่ขมาโยโก โทตุ มหาราชา” หมายความว่า ให้ทรงมีสุขภาพดี พระชนมายุยืนยาว และทุกวันพระเจ้าให้พรประชาชนว่า “อายุ วัฒน สุขัง พลัง” ซึ่งเป็นเรื่องสุขภาพล้วนๆ หมายความว่า อายุ เป็นผู้ที่ยอายุยืนเพราะสุขภาพดี วัฒน คือ การมีผิวพรรณดี ไม่ซีด โลหิตจางสะท้อนความเป็นโรค ความยากจน ก็ทำให้โลหิตจาง ผู้มีผิวพรรณดีไม่ซีดเขียว จึงสะท้อนสุขภาพ (Well-Being) สุขัง หมายถึง การมีความสุขหรือสุขภาพก็คือ การมีสุขภาพที่ดี อันเป็นยกปรารณาของทุกคน พลังคือ การมีพลัง การมีกำลังสะท้อนสุขภาพที่ดี และการมีพลังทำให้ความสุข การไม่มีกำลัง ความอ่อนเพลียทำให้ไม่มีความสุข

ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ และคณะ (2550) ได้นิยามคำว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ ทางด้านร่างกาย จิตใจและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการใดๆ รวมทั้งสุขภาพทางจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นภาวะที่เป็นพลวัตต่อเนื่องตลอดชีวิต และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพมีตั้งแต่ระดับสุขภาพดีสูงสุดไประดับสุขภาพไม่ดีที่สุด เจ็บป่วยวิกฤติจนถึงตาย

ปณณธร ชัชวรัตน์ (2553) ได้มีแนวความคิดว่า สุขภาพ กับ สุขภาวะ (Wellness หรือ Well-Being) หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี หรือภาวะที่เป็นสุขในลักษณะองค์รวมของสุขภาพด้านต่างๆ คือสุขภาพทางกาย สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณมีพื้นฐานโยงใยมาจากสุขภาพที่ดี (Healthy) แบบที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุด และน่าพอใจที่สุด

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายสุขภาพดังนี้ Health Refers to a Dynamic Quality of Being, Acting and Interacting , and it is Both Individually and Socially Valued . Health Therefore has Subjective and Objective Dimensions. Further, Health can be Viewed as a Global Quality (Overall or Holistic Health) and as a Set of

Specific Qualities (Physical, Psychological and Social Well-Being and Functioning).
(ศิริพร ชัมภลิจิต, 2545)

ดังนั้น สุขภาพ ตามแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก คือ Healthy is Physical Mental Social and Spiritual Well-Being ซึ่งหมายความว่า สุขภาพ คือสภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งกาย จิตใจ สังคม และทางจิตวิญญาณ โดยคำว่าสภาวะ คือความสุขและคุณค่าของชีวิต ได้แก่การมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ สติปัญญาดี เบิกบาน ร่าเริงแจ่มใส ซึ่งก็คือภาวะของการอยู่เย็นเป็นสุขสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ คล่องแคล่วไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุปสรรคภัย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นตัว ก็จะมีสภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

สภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง (Spiritual Well-Being) สภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อกระทำความดี หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุดหรือสิ่งสูงสุดเช่นการเสียสละ การมีเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า เป็นต้น

Pender (1996) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุถึงการใช้ศักยภาพ ของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและได้รับการพัฒนา บุคคลสามารถบรรลุสภาวะนี้ได้จากปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง (Actualization) ในขณะที่เดียวกันบุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาเสถียรภาพหรือความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม (Stability) จะเห็นได้ว่าความหมายสุขภาพตามแนวคิดของเพนดอร์มีพื้นฐานมาจากความเชื่อในศักยภาพของบุคคล (Competence Model) มากกว่าการปราศจากโรค และสามารถแบ่งความหมายสุขภาพออกเป็น 2กลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับความหมายสุขภาพของสมิท กล่าวคือกลุ่มที่เน้นการรักษาเสถียรภาพ ได้แก่แนวคิดด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ และแนวคิดด้านการปรับตัว และการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ได้แก่ แนวคิดด้านยูโตโมนิสติก

สุขภาพจึงมีความหมายว่า ภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นสุขโดยเชื่อมรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการให้คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพไว้ ซึ่งจะได้นำเสนอ ดังนี้ คือ

“Health Behavior as Those Personal Attributes Such as Belief ,Expectation, Motive, Values, Perceptions, and other, Cognitive Element, Personality Characteristics, Including Affective States and Traits and Overt Behavior Patterns, Action and Habits Rerate to Health Maintenance, to Health restoration and health Improvement” (Gochman, 1982)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคล มีการแสดงออกให้เห็นในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีและผลเสียต่อสุขภาพซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมที่ดีจะต้องปลูกฝังมาตั้งแต่เด็กหรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ (พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำทั้งการปฏิบัติที่สามารถสังเกตได้และองค์ประกอบด้านความคิด ซึ่งองค์ประกอบด้านความคิด ได้แก่ ความเชื่อ แรงจูงใจ การให้คุณค่าและสถานะด้านอารมณ์ ความรู้สึก ส่วนการกระทำสังเกตได้ เป็นนิสัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพการฟื้นฟูสุขภาพ และการปรับปรุงสุขภาพของบุคคล

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การได้รับอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น เป็นพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง (กฤษดา พรหมวรรณ, 2547)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) หมายถึง การกระทำที่มีการไตร่ตรองเพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ดีและความสมบูรณ์ที่สุดของบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเป็นการกระทำที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน (Pender, 1996) ซึ่งบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจ กำหนดทิศทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาแบบแผนชีวิตของตนเอง (Active Role) และมีบทบาทในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ และสังคมที่อยู่รอบตัวให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองตลอดช่วงวัยของชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและคุณภาพดี และถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายการควบคุมน้ำหนัก การไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง และการมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เช่นสวมหมวกนิรภัยขณะขับรถจักรยานยนต์ การปฏิบัติตามกฎเพื่อความปลอดภัย

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆ ของบุคคลซึ่งได้แก่ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่น เช่นความรู้ บุคลิกภาพรวมถึงภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย การปฏิบัติและพฤติกรรม การแสดงออกต่อสุขภาพ (ศิริณี อินทรหนองไผ่, n.d.)

ประเภทของพฤติกรรม

แบ่งพฤติกรรมได้ 3 ประเภท คือ พฤติกรรมสุขภาพ(Health Behavior), พฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior), พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior), (พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554)

พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง ความรู้สึกต่อบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะมาพบแพทย์

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้นกำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติได้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่

เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เพื่อให้อาการป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

ในมุมมองของนักสังคมวิทยา ถือว่าพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviant Behavior) ดังนั้นเมื่อบุคคลใดถูกยอมรับว่าป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีบทบาทตามที่บุคคลคาดหวัง 4 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ
2. ได้รับการยกเว้นจากการปฏิบัติหน้าที่ชั่วคราว
3. ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายจากภาวะการเจ็บป่วย
4. ผู้ป่วยมีหน้าที่ในการแสวงหาการรักษาและร่วมมือกับแพทย์เพื่อที่จะให้

หายเร็วที่สุด

การดำเนินงานสาธารณสุข จำแนกประเภทของพฤติกรรมไว้ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Behavior for Health Promotion) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลเพื่อให้ตนเองหรือครอบครัวมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การพักผ่อนที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Behavior for Health) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนไม่ให้เกิดการบาดเจ็บทั้งจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การสวมใส่หมวกนิรภัย หรือคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ ประกอบไปด้วย 3 ระดับ Primary Preventive ป้องกันก่อนการเกิดโรค/การเจ็บป่วย Secondary Preventive ป้องกันเมื่อเกิดโรคเพื่อลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหรือทุพพลภาพ Tertiary Preventive ป้องกันหรือฟื้นฟูสุขภาพไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพหลังการเจ็บป่วยมากขึ้น

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Health Seeking Behavior) เป็นพฤติกรรมทั่วไปที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง เช่น อาเจียนหรือปวดอาการหรืออาจตัดสินใจที่จะแสวงหาคำแนะนำหรือคำปรึกษาต่างๆ เป็นต้น

พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่เกิดขึ้นหลังจากลงความเห็น หรือทราบผลการวินิจฉัยแล้วว่าเจ็บป่วยด้วยโรคครอบคลุมไปถึงทั้งการปฏิบัติตนต่างๆ ตามคำแนะนำของผู้ให้การศึกษา เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย

รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

ได้มีการแบ่งรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมายและพอจะแบ่งรูปแบบได้ดังนี้

รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่สามารถใช้แก้ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่

1. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ต่อมา Rosenstock ได้นำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมา Becker และ Maiman ก็ได้พัฒนารูปแบบมาใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของ บุคคลโดยหลักใหญ่ๆ แล้วรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจะยึดแนวคิดเรื่อง ความเชื่อเป็นหลักการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปีละครั้ง หรือการไปรับการฉาย X-rays ปอด เป็นต้น บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตัวเขามีโอกาสที่จะเป็นโรคนั้นๆ ได้
2. โรคดังกล่าวถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรงเป็นแล้วอาจทำให้ถึงตาย

หรือพิการได้

3. เชื่อในผลประโยชน์ที่จะได้รับหากไปรับบริการป้องกันโรคดังกล่าว

จากรูปแบบดั้งเดิม Resenstock พัฒนาขึ้นมา และมีผู้ปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมขึ้นมาอีกโดยเพิ่มปัจจัยอีก ได้แก่

- 3.1 ปัจจัยด้าน แรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม
- 3.2 ปัจจัยร่วมอันได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ เพศ บุคลิกภาพ และ
- 3.3 ปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ข่าวสาร ซึ่งบุคคลได้รับจากสื่อมวลชนจาก

เพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ปัจจุบันได้มีผู้ศึกษาวิจัยโดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้นอกจากจะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคแล้ว ยังนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

2. รูปแบบการตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Fishbein Behaviorial Intention Model) Fishbein & Ajzen ได้ให้ความสนใจต่อปัจจัยภายในบุคคลโดยเบื้องต้นศึกษาถึง “ทัศนคติ” ว่ามีความสามารถ ให้การอธิบายพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด ก็พบว่า การนำทัศนคติมาใช้อธิบายพฤติกรรมที่มี ปัญหาทั้งการให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติหมายถึงเฉพาะความรู้สึกนึกคิดอย่างเดียว หรือได้นำเอาองค์ประกอบหลายๆ ด้าน ของทัศนคติเข้ามาพิจารณาด้วย อีกปัญหาหนึ่งก็

ตั้ง Methodology ในการวัดทัศนคติ Fishbein ได้เสนอแนะว่า ความตั้งใจของบุคคลที่กระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมเป็นตัวกำหนดที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างดี

ในที่สุด Fishbein ก็ได้พัฒนารูปแบบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมขึ้นเป็น ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) โดยมีหลักการใหญ่ๆ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำพฤติกรรม จะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ซึ่งทั้ง ทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมและในที่สุดจะมีผลต่อ พฤติกรรม

3. ความเชื่ออำนาจในตนในการพัฒนาสุขภาพ (Health Locus of Control) มีจุดเริ่มมาจากทฤษฎี Expectancy Value Theory โดยมีหลักการสำคัญ คือ เชื่อว่า บุคคลมีความคาดหวังที่จะทำพฤติกรรมและเชื่อว่าพฤติกรรมมีคุณค่าต่อการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 บุคคลบางส่วนสามารถควบคุมการกระทำของตัวเองได้ โดยไม่ต้องให้ใครมาบังคับจัดเป็นพวก Internal Locus of Control

3.2 บุคคลบางส่วนสามารถควบคุมการกระทำของตัวเองได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ โชคเคราะห์ดวง โอกาส และเชื่อในอิทธิพลของคนอื่น พวกนี้จัดเป็น External Locus of Control หากค้นพบ ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของเขาได้ ก็สามารถดำเนินการสุขศึกษาผ่านบุคคล เหล่านั้นได้

4. รูปแบบการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification) ยึดหลัก Social Learning Theory ของ Bandura ซึ่งเชื่อว่าเราสามารถจะปรับปรุงแก้ไข พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ ได้โดยกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่นั้นจะต้องสอดคล้องไปกับ ชีวิตประจำวัน และสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการก่อให้เกิดการ เรียนรู้ใหม่นั้นมีอยู่หลายวิธีได้แก่ วิธีสร้างแรงกระตุ้นโดยการเตือนความจำให้ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การก่อให้เกิด คำมั่นสัญญาโดยตัวผู้ต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรม วางเป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือ ปฏิบัติและควบคุมตัวเองให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ตัวอย่าง เช่น การควบคุมอาหารในกลุ่ม ที่มีปัญหาเรื่องการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆอีกหลายวิธี เช่น การวางกรอบ พฤติกรรม (Shaping) การควบคุมตนเอง (Self-Monitoring) เป็นต้น

รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลรูปแบบการนำ ปัจจัยภายนอกเข้ามาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มที่ใช้กันมาก ได้แก่ การใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข (Social Support Strategy) กลุ่มพฤติกรรมที่มีผล ต่อปัญหาสาธารณสุข

พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุข ที่จะต้องรับการพัฒนาให้เป็น
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ 6 กลุ่มพฤติกรรมคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติตนที่มีผลต่อสุขภาพ หากปฏิบัติตน
ไม่เหมาะสมจะทำให้สุขภาพเสื่อมลง เช่น

1.1 การใช้สารเสพติดบุหรี่ สุรา และสารเสพติด แนวโน้มการสูบบุหรี่
และใช้สารเสพติดยังมีมากแม้ว่ามีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ แต่ได้ผลในการชะลออัตราเพิ่ม โดย
เพิ่มกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นและสตรีและประชาชนอายุต่ำกว่า 10 ปีขึ้นไปมีการดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มของ
มีนเมา ประมาณ 12.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.14 ของประชากรที่อายุตั้งแต่ 14 ขึ้นไปและ
มีผู้ติดยาเสพติด ขึ้นต่ำทั้งสิ้น 126,590 คน ที่มาจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พ.ศ.
2536 จากการวิเคราะห์พฤติกรรมมีสาเหตุเนื่องจากไม่ตระหนักในความสำคัญของปัญหา ค่านิยมที่
ไม่ถูกต้องสภาพแวดล้อมและสังคมเอื้อต่อการมีพฤติกรรม ฯลฯ ผลกระทบต่อสุขภาพก่อให้เกิด
โรคมะเร็ง โรคถุงโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การเกิดอุบัติเหตุ ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ

1.2 พฤติกรรมทางเพศ การสำส่อนทางเพศ แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์
ขยายถึงวัยรุ่นมากขึ้นละมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ปัญหาโสเภณี ส่งผลทำให้ปัญหาเอดส์ขยาย
ออกไป ซึ่งมาจากวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า มีสาเหตุเนื่องจากขาดความรู้ที่แท้จริงในการป้องกันโรค
ค่านิยมไม่สวมถุงยางอนามัย มาตรการเกี่ยวกับประเวณีไม่เคร่งครัด ฯลฯ ผลกระทบต่อสุขภาพ
ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอดส์และเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์
เป็นอันดับ 1 สูงถึงร้อยละ 82.6 ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข การพักผ่อนไม่
เพียงพอ การไม่ระวังโรคติดต่อ

1.3 พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย จากสภาวะเร่งรีบในสังคมเมือง
ปัจจุบันทำให้ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายอย่างไม่เหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน
ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า มีสาเหตุหรือปัจจัยหลักมาจาก ประชาชนยังขาดความสนใจและ
ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขาดสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย
ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีขนาดสัดส่วนของร่างกายที่ไม่
เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายน้อยมีอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วย
โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายระดับปานกลางและมากโดยเฉลี่ยร้อยละ 20
เป็นต้น

1.4 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่าง
รวดเร็วในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการแข่งขันสูงรวมทั้งการเผชิญกับปัญหาจรรยาบรรณ ความแออัด
ไม่มีความผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อจิตใจ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมมีสาเหตุมาจาก
สภาพการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว ความอบอุ่นในครอบครัวน้อยลง ปัญหาการแบ่งเวลา

สำหรับลูกไม่เหมาะสม รวมทั้งการแข่งขันกับปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคจิต โรคประสาท การฆ่าตัวตาย

2. การสัญจร โดยพาหนะทั้งที่เป็นรถยนต์จักรยานยนต์ รถไฟ เรือ เครื่องบิน เป็นต้น ยิ่งมีการสัญจรเดินทางมากอุบัติเหตุก็ยิ่งมากขึ้นเป็นเงาตามตัว

3. สิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันมีมลพิษมากมายที่ทำให้สิ่งแวดล้อมไม่ดี คนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีขยะส่งกลิ่นเหม็น น้ำเน่า อากาศเป็นพิษ สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดมลพิษมีทั้งในภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ แนวนอนมีการประกอบวิชาชีพในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ประชากรวัยแรงงานเหล่านี้มีโอกาที่จะได้รับจากสภาพแวดล้อมต่างๆทั้งกายภาพ (แสง เสียง ความร้อน)และทางชีวภาพ และสารเคมีต่างๆ รวมทั้งการจัดระบบและมีสภาวะการทำงานที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ความไม่ปลอดภัยจากการจราจรก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์พฤติกรรมพบว่า มีสาเหตุและปัจจัยจากการขาดความรู้ ความตระหนักของอันตราย ขาดทักษะในการทำงานการขับขี่รถยนต์สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการขับขี่เช่น ขาดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการทำงาน ไม่สวมเข็มขัดนิรภัย และมาตรการทางกฎหมายไม่เคร่งครัด ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ การจราจร และโรคจากสารเคมีและสารพิษต่างๆ ใกล้โรงอุตสาหกรรมสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตมากพอสมควร

4. การอุปโภค คือการใช้สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆปัจจุบันมีเครื่องอุปโภคที่แฝงไว้ด้วยพิษภัยหลายอย่าง เช่น เครื่องสำอาง เต้าแก๊ส เครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่รู้จักเลือกใช้หรือใช้ไม่ถูกต้องก็เป็นอันตรายได้เหมือนกัน

5. การบริโภค ปัจจุบันอาหาร การกิน มีสารพิษปนเปื้อนมากมาย เช่น ขนผสมสีย้อมผ้า ปลายเค็มฉีตติดีที ปลายสด แซ่สารฟอร์มาลีน ผักมีสารพิษ สิ่งเหล่านี้เข้าไปสะสมในร่างกายจนถึงระยะหนึ่งเมื่อ สะสมมากขึ้นจะทำให้ร่างกายเกิดอาการผิดปกติ โรคภัยไข้เจ็บจะเบียดเบียนทำให้ผู้บริโภคเกิดความไม่ปลอดภัย จากการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมมีสาเหตุเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหาร ค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากอิทธิพลสื่อโฆษณา ผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดทุพโภชนาการ ภาวะโภชนาการเกิน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น

6. อุบัติเหตุในบ้าน การใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

สรุปว่า พฤติกรรมเสี่ยงมีผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นปัญหาสาธารณสุข ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีมากมายในสังคมปัจจุบัน นับวันมีแนวโน้มที่มีความรุนแรงขึ้นทั้งนี้เนื่องมาจากประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังไม่ถูกต้อง ขาดทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในด้านสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทำให้มีผลต่อความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

ต่างๆหรือการที่บุคคลเป็นโรคหนึ่งโรคอาจมีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างเช่น พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีผลกระทบต่อทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ หรืออุบัติเหตุ เป็นต้น

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพ ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และ การตรวจสุขภาพ

ปัจจัยพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร อาหารมีทั้งคุณและโทษแก่มนุษย์ การขาดอาหารทำให้เป็นโรคได้ และการรับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่เหมาะสมก็ทำให้เกิดโรคได้เช่นกัน ประเทศที่เจริญแล้วมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมากเกินไป และประเทศที่กำลังพัฒนาและยากจนมักมีปัญหาทางด้านการขาดสารอาหาร ความอ้วนเกิดจากการรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการ และหรือขาดการออกกำลังกาย ร่างกายจึงสะสมส่วนที่เกินไว้ในร่างกายในรูปของไขมัน ถ้ารับประทานอาหารพอเหมาะกับความที่ร่างกายต้องการจะมีน้ำหนักเท่าเดิม ถ้ารับประทานอาหารน้อยกว่าความต้องการน้ำหนักจะลดลง คนที่อ้วนอาจรับประทานอาหารมากเกินไปความต้องการขาดร่างกาย หรืออาจเคยรับประทานอาหารมากในอดีต ทำให้ร่างกายสะสมไว้หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นของเก่า อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและการซ่อมบำรุงในภาวะที่ร่างกายมีการเสื่อมถอย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนมากไปหรือน้อยไป จะทำให้เกิดภาวะโรคแก่สุขภาพร่างกายได้ การรับประทานอาหารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพควรรับประทานอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ลดหมูให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548)

- 1.1 กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 1.2 กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
- 1.3 กินปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ และ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- 1.4 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- 1.5 กินอาหารที่มีไขมันพอควร
- 1.6 หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด
- 1.7 กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน

1.8 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างกระฉับกระเฉงและทำให้การมีทรงตัวที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส สามารถเข้ากับสังคมได้ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัย จะช่วยให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพดีขึ้น สามารถชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย และยังสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้นได้บ้าง การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังบางโรคมีอาการดีขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงลดลงได้ การเคลื่อนไหวออกแรงหรือการออกกำลังกายน้อย (Physical Inactivity) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) และยังส่งเสริมปัจจัยอื่นๆ เช่น ความอ้วน ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันชนิดดี (HDL) ในระดับต่ำ การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายแม้เพียงแค่ออกกำลังกายปานกลาง (Moderate Intensity) เช่น การเดินเร็วอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาที หรือมากกว่าก็มีประโยชน์พอเพียงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสมบูรณ์แข็งแรงของหัวใจและหลอดเลือด (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2548) การเคลื่อนไหวออกแรง การออกกำลังกายและสุขภาพทำให้ค้นพบมุมมองหรือทัศนคติใหม่ของการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายที่สำคัญมีดังนี้

2.1. การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายบ้าง ยังดีกว่าไม่เคลื่อนไหวทำอะไรเลย

2.2 ผู้ที่ไม่เคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมสุขภาพและความสุขสบายได้ด้วยการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยความแรงระดับปานกลาง

2.3. การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพนั้น ไม่จำเป็นต้องทำด้วยความรุนแรง หากแต่ทำเป็นช่วงสั้นแต่จะต้องให้เกิดความต่อเนื่องแบบสะสมก็ได้

2.4. ถ้าเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายมากขึ้นโดยเพิ่มระยะเวลา ความถี่หรือความแรงขึ้นก็ยิ่งได้ประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น

จากการค้นพบดังกล่าวทำให้มีการปรับกระบวนการทัศนคติเดิมที่เป็นแบบจำลองของการฝึกฝนเพื่อสมรรถภาพ (Exercise-Fitness Model) ไปสู่แบบจำลองของการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Physical Activity for Health) และการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการออกกำลังกายที่เป็นเรื่องเป็นราว (Formal Exercise) หากยังรวมถึงการเคลื่อนไหวออกแรงในวิถีชีวิต (lifestyle Physical Activity) เช่น งานบ้าน งานอาชีพด้วย

3. การจัดการกับความเครียด จากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การจัดการกับภาวะเครียดจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำบุคคลที่สามารถจัดการกับภาวะเครียดหรือจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี จะรู้สึกว่าคุณเองไม่เกิดความยุ่งยากใดๆ และมีความสุขดี สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ดี ลำดับในการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลควรทำดังนี้

3.1. ทำความรู้จักกับมูลเหตุก่อภาวะเครียดของตนเองว่าเป็นอะไร มีความสำคัญต่อตนเองอย่างไร แล้วเรียงลำดับความสำคัญของมูลเหตุก่อภาวะเครียดนั้น

3.2. พิจารณาวิธีการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดของตนเอง ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาผลที่เกิดขึ้นถ้ามีพฤติกรรมตอบสนองเช่นนั้น

3.3. ตัดสินใจที่จะควบคุมมูลเหตุที่ก่อภาวะเครียดนั้น หลังจากทราบว่ามีมูลเหตุสำคัญ อะไรที่จะต้องควบคุมก่อน และทราบว่าตนมีการปรับตัวอย่างไร โดยการตัดสินใจจะต้องมีพื้นฐาน อยู่บนการเห็นคุณค่าและความสำคัญของภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับปรุงหรือสร้างแบบแผนชีวิตใหม่ เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4. การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดื่มกาแฟเป็นสิ่งทำร้ายและทำลายสุขภาพ ผลร้ายที่อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพนั้นไม่เกิดในทันที แต่มักเกิดภายหลังที่มีการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาานาน ๆ อาจเป็น 20 – 30 ปีแล้วแต่สุขภาพของ แต่ละบุคคล สารพิษหรือควันทะลุบที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม และปอด มีฤทธิ์กระตุ้นให้หัวใจและสมองตีบตันมากกว่าคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ สำหรับการดื่มสุราพบว่า พิษของแอลกอฮอล์จะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ถ้าดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน จะทำให้เกิดเป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็งโรคพิษสุราเรื้อรัง (ปีณณรร ชัชรรัตน์, 2553) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปริมาณสูงเป็นประจำ หมายถึง ผู้หญิงบริโภคเกิน 1แก้วต่อวัน และผู้ชายเกิน 2แก้วต่อวัน โดย 1แก้ว หมายถึง เบียร์ ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 3 % ปริมาณ 330 ซีซี วิสกี้ ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 25 % ปริมาณ 40 ซีซี ไวน์ ความเข้มข้นแอลกอฮอล์ 10% ปริมาณ 100 ซีซี หากดื่มเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงสาเหตุระดับบุคคลที่สำคัญ สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูงได้

5. การตรวจสุขภาพ การตรวจสุขภาพเป็นการค้นหาโรคและภาวะความผิดปกติต่างๆ ในร่างกายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยระดับต้น เมื่อตรวจสุขภาพและพบความผิดปกติของร่างกายจะได้เข้ารับการรักษาก่อนที่โรคจะลุกลามต่อไปจนเกิดอาการแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยเป็นภาวะของสุขภาพที่ไม่ดีและอาจทำให้เสียชีวิตก่อนถึงเวลาอันสมควรได้หากไม่รักษา

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจความเชื่อ การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง การทำความสะอาดร่างกาย การออก

กำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะ และไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และแรงจูงใจ

1.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care Behavior) หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วย ตามขีดความสามารถที่จะช่วยตนเองได้ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฏิบัติตนรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆจากบุคคลที่ได้รับ และที่เลือกสรรแล้วมาปฏิบัติ หรือแนะนำผู้อื่นต่อไปอีกด้วย ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3ระดับ คือ (Orem, 1980)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation)

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components : Enabling Capabilities for Self-Care) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action)

การดูแลสุขภาพ : ผสมผสานตามแนวพระพุทธศาสนากับหลักการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

องค์รวม หรือ Holistic มาจากรากศัพท์ในภาษากรีก “Holos” ซึ่งหมายถึงความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ และในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพการทำความเข้าใจความหมายขององค์รวมย่อมแตกต่างกันไปตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ที่ศนคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์รวมจากการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่อธิบายความหมายของคำนี้ พบว่าสาระหลักหรือแนวคิดหลักขององค์รวมที่มีจุดร่วมกัน คือ

1. องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพ” อย่างองค์รวมที่หมายถึงสุขภาพที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
2. องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
3. องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
4. องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคม

สงเคราะห์ และบริการสังคมอื่นๆ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ามิติ หรือนัยสำคัญในความหมายขององค์กรรวม ประกอบด้วย

“องค์กรรวม” ที่หมายถึงการมองอย่างกว้างขวางครอบคลุมในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง

“องค์กรรวม” ที่หมายถึงการเชื่อมประสาน ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ
“องค์กรรวม” ที่เน้น ดุลยภาพ ของการประสาน และการพิจารณาปัจจัย ด้วยเหตุนี้การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด

“องค์กรรวม” ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน”
ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณโดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและสร้างให้เกิดเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนแต่ละคนต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นดุลยภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน

คำว่า“องค์กรรวม” คือการมองกระบวนการสุขภาพชีวิต กระบวนการดูแลรักษา ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เน้นการเชื่อมโยงถึงสิ่งที่ตึงมา เข้าหากัน แล้วนำมาเป็นเครื่องมือในการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือการมองเรื่องสุขภาพอย่างเน้นระบบ ไม่มองเฉพาะการป่วยไข้ และการบำบัดรักษาเท่านั้น ชีวิตโดยองค์รวมคือกาย กับจิต การดูแลรักษาชีวิตก็คือการทำให้ชีวิตบริสุทธิ์ สมดุลดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ และกฎของธรรมชาติ โดยไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่งเป็นการเฉพาะกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ การดูแลรักษาสุขภาพโดยวิธีการต่างๆ ในสภาพปกติมากกว่าการรักษาในเวลาป่วยไข้ หรือแม้เวลาป่วยไข้ก็นำเอาวิธีการต่างๆที่สอดคล้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการดูแลรักษา มารักษาได้อย่างถูกต้องการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา ที่มุ่งเน้นในเชิงวัตถุนิยม การบริโภคนิยมละเลยมิติทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้สังคมเกิดภาวะความไม่สมดุล ยิ่งพัฒนายิ่งต้องพึ่งพาวัตถุมากขึ้นจิตใจยิ่งเห็นแก่ตัวมากขึ้น การพัฒนาทางสาธารณสุขก็เช่นกันต้องพึ่งพาทุนและเทคโนโลยีมากขึ้นการแพทย์นับวันจะเป็นการแพทย์เชิงพาณิชย์มากขึ้นทุกที ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค ที่ต้องพึ่งพาและอยู่ในระบบการแพทย์ตลอดชีวิต ขาดการให้ความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเอง เช่นกรณีของผู้สูงอายุหรือวัยทองที่ถูกจัดว่าเป็นโรคที่ต้องรักษาตลอดชีวิต ความสุขทางสุขภาพ ควรถือเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมุ่งให้ความสำคัญทั้งความสุขจากภายนอกและภายใน คือการพัฒนาสาธารณสุขแบบองค์รวมทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงเชิงตะกอน

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม สุขภาพของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งนี้ ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพประกอบด้วย (ปิ่นฉัตร ชัยวัฒน์, 2553)

1. ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายในเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลโดยตรงซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยภายในประกอบด้วย

1.1 ด้านปัจเจกบุคคล

1.1.1 พันธุกรรม คือการถ่ายทอดลักษณะต่างๆทางชีววิทยาจากบรรพบุรุษไปสู่ลูกหลาน โดยการสืบสายโลหิต พันธุกรรมมีส่วนกำหนดภาวะสุขภาพ เช่น คนที่บิดามารดาหรือญาติสายตรง เป็นโรคเบาหวานหรือหัวใจ ก็มีโอกาที่จะเกิดได้ โรคหรือความผิดปกติบางอย่างที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โรคเลือดออกไม่หยุด โรคจิตบางประเภท เป็นต้น ซึ่งเป็นผลทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นขาดความสมบูรณ์ การส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมได้ แต่สามารถทำให้บุคคลมีการเตรียมความพร้อมให้อยู่ในภาวะสมบูรณ์ เหมาะสมให้มากที่สุด

1.1.2 ค่านิยมและความเชื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยค่านิยมเป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ส่วนความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลที่ฝังแน่นในแนวคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจไปตามที่ตนมีค่านิยมหรือความเชื่อถือ เช่น ค่านิยมและความเชื่อในด้านการบริโภค ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านอื่นๆ

1.1.3 วิถีชีวิตและพฤติกรรม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของสังคมไทยอย่างมาก จากการใช้ชีวิตที่เรียบง่ายในสังคมเกษตรกรรม ไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ธุรกิจการค้าและบริการ โดยเฉพาะในสังคมเมืองได้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การบริโภคอาหารฟาสฟู๊ด การไม่ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือของมีน้ำตาลเป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญในแง่ผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกบุคคล ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายถึงสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเราที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

2.1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อาคารบ้านเรือน อากาศ น้ำ แสง เสียง ความร้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพได้ ตัวอย่างเช่น การแปรสภาพจากเขตชนบทมาเป็นเขตเมือง ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายเพื่อนำมาใช้เป็นที่ปลูกสร้าง ระบบนิเวศน์เสื่อมโทรมด้วยปัญหาน้ำเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม ปัญหามลพิษในอากาศที่เจือปนด้วยฝุ่นละอองและสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปัญหาความแออัดของที่อยู่อาศัย และปัญหาขยะมูลฝอย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้นเช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับตา โรคที่เกี่ยวข้องกับหู โรคเครียด สุขภาพจิตบกพร่อง และอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น

2.1.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการปฏิบัติตามกรอบของสังคมที่ตนเองเป็นสมาชิก ได้แก่ ค่านิยมของครอบครัว กลุ่มเครือข่ายทางสังคม และกลุ่มเพื่อน ตัวอย่างเช่น กลุ่มชีวิตที่นิยมบริโภคสารอาหารธรรมชาติเพื่อบำรุงสุขภาพและรักษาโรค สมาชิกในกลุ่มจะมีกรอบแนวคิดของสมาชิกในเครือข่ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและการเมือง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่นๆ เช่นการศึกษา ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มักจะมีโอกาสทางการศึกษาสูง มีอำนาจในการซื้อสูงและมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน

ในส่วนของสิ่งแวดล้อมทางการเมืองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในแง่การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ การออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น กฎหมายการสวมหมวกนิรภัย การจำหน่ายบุหรี่ยุติ การโฆษณาบุหรี่ยุติ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพสาธารณสุข

การจัดการบริการสุขภาพมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและเป็นปัจจัยภายนอกที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล การจัดการบริการให้ทั่วถึงอย่างเพียงพอและการพัฒนาคุณภาพบริการแม้จะได้ผลในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาอีกมากในประเด็นดังนี้

2.2.1 การเข้าถึงบริการและความไม่เป็นธรรม การจัดการบริการและการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีที่ทันสมัยกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้ประชาชนในชนบท และผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้ยาก นอกจากนี้ประชาชนมากกว่าร้อยละ 20 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการหลักที่จำเป็นได้ ในส่วนของผู้มีหลักประกันสุขภาพ จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันในเรื่องสิทธิประโยชน์ในค่าใช้จ่าย ในการรักษา และการเข้าถึงสถานบริการ

2.2.2 คุณภาพและมาตรฐาน การบริการทางการแพทย์ใน

ปัจจุบันมีความแตกต่างกันระหว่างชนชั้นของผู้รับบริการ คนจนได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนรวย นอกจากนี้ระบบบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนยังมีปัญหาในด้านมาตรฐานการรักษาและการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันได้มีการรับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งแม้จะได้มีการ รับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงก็ยังไม่เท่ากันทั้งระบบ

2.2.3 ลักษณะบริการ บริการสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน

ยังคงมุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพดี แม้ในปัจจุบันนโยบายจะเน้นการพัฒนา ศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย แต่ในพื้นที่ ชนบทประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ

การมีสุขภาพดีจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างปัจจัยที่มี

ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้คือ ปัจจัยด้าน บุคคล ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การฉันทอาหาร การฉันทยา การรับกิจนิมนต์ การป้องกันโรคทั้งจาก ผู้อื่นมาสู่ตน และจากตนไปสู่ผู้อื่น กิจวัตรของพระสงฆ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพที่อยู่ อาศัย ห้องน้ำห้องส้วม การกำจัดขยะ การกำจัด การออกบิณฑบาต ปัจจัยด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการที่ยาก เป็นต้น

การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

พระพุทธพจน์ที่กล่าวได้อย่างถูกต้องตลอดกาล คือ ความไม่มีโรคเป็นสิ่งที่แสน ประเสริฐ คำกล่าวนี้ เป็นสัจธรรมที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา แม้ว่าพระพุทธองค์จะปรินิพพานล่วงเลย มาถึงสองพันกว่าปีแล้ว การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่มีโรคร้ายไข้เจ็บมาเบียดเบียนและมี อายุที่ยืนยาวเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมี อาการผิดปกติ ได้แก่ การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน หรืออาการที่บุคคลอื่นมีคล้ายกับตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม หรือการเฉยเมย ละเลย อดทนต่ออาการ ต่าง ๆ ที่ผิดปกติในร่างกาย พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ว่ามานี้เป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัย ของมนุษย์ ในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพของตนเองนั้นเป็นการ ปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย การดูแล สุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวคิดของนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มีองค์ประกอบอยู่อย่าง น้อย 4 ระดับ คือ (อรชร ไวทวิ, 2548)

1. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care)
2. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)

3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From the Extended Social Network)

4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self Help Group)

พฤติกรรมดูแลตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำใดๆ นั้น มีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชน จากครอบครัวและเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยมีดังนี้คือ

1. แสวงหาและการยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการแพทย์เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
2. เรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพ
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
4. รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง (Self-Image) ปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น
6. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่แท้จริง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพและการวิเคราะห์โรครวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมความถึงให้การช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงอาชีพสาธารณสุขโดยตรงเป็น การให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม

แนวคิดของฟราย (Fry, 1980) การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วยการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การเยียวยาตนเองและการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1980) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 บุคคลที่สามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการนั้นๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ การมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนด การเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกกว่าจะกระทำอะไรบ้าง ตนเองแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การดูแลตนเองนั้นขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

จากแนวคิดการดูแลสุขภาพ สรุปได้ว่าการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยเป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Care) คือการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของแต่ละบุคคล การร่วมกิจกรรมในครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือ รวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการเฝ้าระวัง และการปฏิบัติหลังการรับบริการ อาจเริ่มต้นด้วยการเฝ้าสังเกตอาการโดยไม่ทำการรักษาใดๆ หรือทำการรักษาพยาบาลตนเอง หรือไม่รับบริการรักษาพยาบาลตามสถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของบุคคลซึ่งอาจมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องเช่นความคิด ความเชื่อ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางความสะดวกต่างๆ ทั้งนี้ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยจะช่วยควบคุมความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ให้เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

หลักธรรมที่เกื้อกูลต่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์

บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการสร้างสุขภาพ

ของบุคคลครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ โดยมีองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมสนับสนุน และเกื้อกูลด้วยการที่จะสร้างสุขภาวะขึ้นได้ก็คือการจัดทุกข์ดับทุกข์หรืออย่างน้อยให้ทุกข์เบาบางลง เมื่อเราได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ออกบังคับใช้แล้ว ซึ่งได้กำหนดให้ทุกภาคส่วนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยสู่ความมีสุขภาวะที่ดี แต่อย่างไรก็ตามทุกภาคส่วนต้องช่วยกันผลักดันให้ระบบสุขภาพพัฒนาไปบนหลักการ “การมีส่วนร่วม มีทางเลือกที่ดี เข้าถึง และเข้าใจ”

พระธรรมคำสอนขององค์สัมมาสัมพุทธเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข อาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น พระธรรมคำสั่งสอนที่สามารถนำมาใช้ได้โดยตรงและทางอ้อม อาจจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการนำมาใช้ ได้แก่ เพื่อใช้ในเชิงหลักการหรือทฤษฎี และในเชิงปฏิบัติการนอกจากนั้น อาจจำแนกตามสาขาของสุขภาวะที่ต้องการ ได้แก่ สุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคมและปัญญา โดยปัจจุบันนี้ในวงการแพทย์และการสาธารณสุขกำลังปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบที่จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งผสมผสานบริการการแพทย์และการสาธารณสุขทั้ง 4 สาขา ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่คนทั้งกาย จิต สังคม และปัญญาของคนด้วยเนื่องจากพุทธธรรมเป็นเรื่องกว้างขวางละเอียดอ่อนและมีคุณประโยชน์มากมายในการนำไปใช้ประพฤติปฏิบัติในทุกวงการโดยเฉพาะอย่างยิ่งวงการสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงขอเสนอพุทธธรรมเป็นตัวอย่างที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของพระภิกษุสามเณรตลอดจนประชาชนทั่วไป โดยมีเป้าหมายสำคัญที่พุทธธรรมที่ดับทุกข์หรือสร้างสุขทางกาย จิตสังคม และปัญญา แต่อย่างไรก็ดี จำเป็นต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นที่ว่า พระธรรมของพระพุทธองค์ ส่วนใหญ่ทำให้ผู้ปฏิบัติดับทุกข์ และสร้างสุขทั้ง 4 ทาง หรือ 4 มิติได้อยู่แล้ว ธรรมบางข้อสามารถแก้ปัญหาได้หลายมิติ ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างพอเป็นสังเขปดังนี้

1. ธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางกายพิจารณากายสังขารของมนุษย์ คือ อนิจจัง ทุกขังอนัตตาในช่วงเวลาของการเกิดทุกข์ เพื่อหาสมุทัยนิโรธ และมรรคในวงจรชีวิตของมนุษย์ ดังนี้

- 1.1 คนปกติ
- 1.2 คนมีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- 1.3 คนเจ็บป่วย
- 1.4 คนฟื้นฟูสมรรถภาพหลังป่วย
- 1.5 คนพิการ
- 1.6 คนตาย

การพิจารณาว่าธรรมะข้อใด บทใดที่จะสามารถผ่อนคลายทุกและเกิดสุขในแต่ละชั้นของวงจรชีวิตดังกล่าวโดยคำนึงถึงโรค และปัญหาสุขภาพของพระภิกษุ – สามเณร และประชากรทั่วไปในปัจจุบัน และการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตประกอบด้วย อย่างไรก็ตามก็ตีพระธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางกายที่นำเสนอในที่นี้ ส่วนใหญ่มิใช่จะใช้แก้ปัญหารักษาโรคร้ายไข้เจ็บทางกายได้โดยตรง แต่เป็นการเสริมด้านจิตใจ เมื่อสุขภาพจิตดีแล้วก็จะส่งผลให้สุขภาพกายดีขึ้นด้วย ส่วนพระธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางจิต ทางสังคม และทางปัญญานั้นจะใช้ได้โดยตรงมากกว่าดังนั้นจำเป็นต้องอาศัยบริการทางการแพทย์ประกอบควบคู่กันไปด้วย

2. ธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางจิตคำว่า จิตแปลว่า ธรรมชิตที่นึกคิด อารมณ์ ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ ธรรมชาติที่วิจิตร ธรรมชาติที่สั่งสมกุศลและอกุศล ฯลฯ เขียนเต็มว่าจิตตหลักการสร้างสุขภาพทางจิตโดยการส่งเสริมสุขภาพทางจิตให้เข้มแข็งมีการป้องกันโรคทางจิตการรักษาผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพหลังป่วยหลักธรรมที่สามารถเกื้อกูลกันได้แก่การปฏิบัติวิปัสสนากัมมัฏฐานสมถกัมมัฏฐานและการเจริญมหาสติปัฏฐาน 4 ในหมวดของจิตตานุปัสสนาคือให้ใช้ปัญญาในการพิจารณาตามเห็นซึ่งจิตโดยอาการ 16 อย่างและปฏิบัติตามหลักของไตรสิกขาเจริญด้วยศีลสมาธิปัญญา

3. ธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางปัญญาคำว่าปัญญาแปลว่าความรู้ทั่วถึงถึงเหตุถึงผลรู้อย่างชัดเจนรู้เรื่องบาปบุญคุณโทษรู้ในสิ่งที่ควรทำควรเว้นเป็นต้นเป็นธรรมที่คอยกำกับศรัทธาเพื่อให้เชื่อประกอบเหตุผลไม่ให้หลงเชื่ออย่างงมงายปัญญาทำให้เกิดขึ้นโดยการสดับรับฟัง (สุตมยปัญญา) โดยการคิดค้น (จินตามยปัญญา) โดยการอบรมจิต (ภาวนามยปัญญา) จัดเป็นสิกขาข้อหนึ่งใน 3 คือ อธิศีลอธิสมาธิอธิปัญญาตามหลักไตรสิกขาเช่นเดียวกันหลักการสร้างสุขภาพทางปัญญาโดยการทำให้เกิดความรู้แจ้งให้เห็นจริงในตัวเองทำให้รู้แจ้งเห็นจริงในบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์ทำความเข้าใจถึงเหตุผลแห่งความดีความชั่วความมีประโยชน์ความมีโทษนอกจากนี้การปฏิบัติตนโดยสุจริตยุติธรรมมนุษยธรรมไม่เอาใจเปรียบทำจิตให้เป็นกุศลสาธารณะเอื้อเพื่อเอื้อแผ่มีความความอดทนอดกลั้นสงบเสงี่ยมมั่นคงไม่หลงเชื่ออย่างงมงายถือว่าเป็นหลักของการสร้างสุขภาพทางปัญญาเช่นเดียวกันหลักธรรมที่สามารถเกื้อกูลกันได้แก่การปฏิบัติตามหลักของไตรสิกขาสังคหวัตถุ 4 อริยสัจ 4 ฝึกตนปฏิบัติวิปัสสนากัมมัฏฐานสมถกัมมัฏฐานและการเจริญมหาสติปัฏฐาน 4 เป็นต้น

4. ธรรมที่เกื้อกูลให้เกิดสุขภาพทางสังคมหลักการสร้างสุขภาพทางสังคมคือการอยู่ในสังคมด้วยความสุขทำตนให้เป็นที่ยอมรับในสังคมมีเกียรติมีศักดิ์ศรีในสังคมประกอบอาชีพสุจริตมีจิตเป็นสาธารณะสุจริตยุติธรรมมนุษยสัมพันธ์ทำตนให้มีเหตุมีผลตามหลักประชาธิปไตยในการตัดสินใจเพื่อการดำรงชีวิตและการช่วยเหลือสังคมได้ในด้านต่างๆตามอัตภาพไม่ทำตนให้เป็นภาระแก่สังคมหลักธรรมที่เกื้อกูลกันได้แก่สังคหวัตถุ 4 สาราณยธรรม 6 ธรรมของฆราวาส 4 เว้นจาก

อบายมุข 6 อปริหานิยธรรม 7 ทิศ 6 หลักเบญจศีลเบญจธรรมและปฏิบัติตามหลักของทิวรรุขัมมิกัตถประโยชน์ 4 หลักสัมปรายิกัตถประโยชน์ 4 คือประโยชน์ในปัจจุบันประโยชน์ในภายหน้า 4 อย่าง เป็นต้น

จากหัวข้อธรรมที่ได้คัดสรรมาเบื้องต้นนี้เราได้พบความจริงที่ชัดเจนว่าพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธองค์เกี่ยวกับสุขภาพในพระไตรปิฎกมีจำนวนมากล้วนแต่สอดคล้องหรือสามารถประยุกต์เข้ากับทฤษฎีหลักการและแนวทางปฏิบัติในการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันทั้งที่พระพุทธองค์ทรงอนุญาตหรือตรัสสั่งการบำบัดรักษาและป้องกันควบคุมโรคด้วยพระองค์เองและทั้งที่ทรงอนุญาตให้ภิกษุพยาบาลกระทำการรักษาพยาบาลภิกษุอาพาธและบุคคลอื่นๆ 25 จำพวกเช่น สหธรรมิก 5 บิดามารดาคนบารุงบิดามารดาญาติ 10 จำพวก เป็นต้นตั้งนั้นภิกษุสงฆ์ในปัจจุบันก็น่าจะสามารถทำการบำบัดรักษาคนไข้ในขอบเขตของการสาธารณสุขมูลฐานและมีส่วนร่วมส่งเสริมสนับสนุนการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในหมู่บ้านชุมชนได้โดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยแต่กลับจะเป็นการเจริญรอยตามองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าอีกส่วนหนึ่งด้วยประกอบกับพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธองค์อาจจะนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการบริการสาธารณสุขในแต่ละช่วงของสภาวะสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้มีสภาวะที่ดีทั้ง 4 มิติได้แก่ทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมทั้งนี้โดยร่วมมือกับองค์กรหลักของหมู่บ้านชุมชนคือบ้านวัดโรงเรียนสถานบริการสาธารณสุขและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งองค์กรหลักเหล่านี้ก็มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประยุกต์ใช้หลักธรรมในการทำงานตามหน้าที่ของตนทำดีที่สุดแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็สามารถพัฒนาบริการของสถานบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ได้

แนวความคิดดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติ 4 อ.

1. อาหาร

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทั้งนี้เพื่อการเจริญเติบโตเพื่อการซ่อมแซมอวัยวะส่วนที่สึกหรอและเพื่อให้ร่างกายมีพลังงานสำหรับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันดังนั้นเราควรเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อการมีสุขภาพที่ดีแต่ในปัจจุบันคนไทยต้องประสบปัญหาทางด้านโภชนาการอย่างมากทั้งในเรื่องการขาดอาหารเช่นโรคขาดโปรตีนและพลังงานโรคขาดสารไอโอดีนโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโรคเหล่านี้ทำให้การเจริญเติบโตและการมีพัฒนาการทางร่างกายของเด็กอ่อนแอสมรรถภาพในการทำงานต่ำในขณะเดียวกันการมีภาวะโภชนาการเกิน ก็กำลังเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเนื่องจากภาวะโภชนาการเกินนำไปสู่โรคต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยในลำดับต้นๆ เช่นโรคอ้วนโรคหัวใจขาดเลือดโรคมะเร็งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้นจากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนทั่วไปให้ต้องดิ้นรนทำมาหากินมากขึ้นจนบางครั้งอาจลืมหรือละเลยต่อการ

คำนึงถึงประโยชน์หรือคุณค่าทางโภชนาการที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละมื้อแต่ละวันบ่อยครั้งที่เราเลือกซื้อหรือบริโภคอาหารเพียงเพราะเห็นแก่ความสะดวกโดยซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีขายตามร้านสะดวกซื้อแทนการทำอาหารรับประทานเองเนื่องจากสะดวกหรือไม่มีเวลาทำเองซึ่งอาจไม่ได้คุณค่าอาหารทางโภชนาการครบตามที่ร่างกายต้องการ (ปริยา กิ่งไทร, 2550)

2. ออกกำลังกาย

การพัฒนาสุขภาพอนามัยของคนเป็นองค์ประกอบและพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนการออกกำลังกายเป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้พลังงาน มีการเคลื่อนไหวอวัยวะของร่างกายทุกส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งช่วยให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ในร่างกายมีความพร้อมที่จะทำงานตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นต้องมีความเหมาะสมกับเพศวัยและสภาพความพร้อมของร่างกาย การออกกำลังกายสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อได้ แต่มีหลักฐานที่พบบ่อยครั้งว่า เมื่อนักกีฬาเกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจะสามารถหายได้เร็วกว่า และมีโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า ข้อที่ทำให้เชื่อได้แน่ว่าผู้ที่ออกกำลังกายย่อมมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย คือ การที่อวัยวะต่าง ๆ มีการพัฒนาทั้งขนาด รูปร่าง และหน้าที่การทำงาน โอกาสของการเกิดโรคที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น โรคเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะจึงมีน้อยกว่า และส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตจึงเป็นการดีที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้ตระหนักและเห็นคุณค่าของการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3. อารมณ์

อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ อารมณ์ที่ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทางอารมณ์มีผลกระทบต่อร่างกาย เมื่อบุคคลมีความสุขร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดฟิน ส่งผลให้ร่างกายตื่นตัวกระชุ่มกระชวยผ่อนคลาย การทำงานของสมองจะดี สุขภาพดีขึ้น หายป่วยเร็วขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสมมีผลต่อสุขภาพช่วยให้ร่างกายและจิตใจดีดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข

4. อากาศและอนามัยสิ่งแวดล้อม

อากาศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ หากขาดอากาศหายใจร่างกายจะอยู่ไม่ได้ อากาศมี 2 ชนิด คือ อากาศดีกับอากาศเสีย อากาศของที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เนื่องจากคนเราต้องอาศัยอยู่ทุกวัน หากเราอยู่ในสภาพแวดล้อมและอากาศที่ดี โล่ง โปร่ง สะอาด เป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึง มีแสงสว่างที่เพียงพอในบ้าน จะส่งผลต่อ

ร่างกายให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่หงุดหงิดง่าย ไม่เจ็บป่วยง่าย (ปรียา กิ่งไทร, 2550) ในทางตรงกันข้ามหากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่ดี มีฝุ่นละออง มีกลิ่น คับ อากาศไม่บริสุทธิ์ จะส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ เมื่อเป็นอยู่นานวัน ก็จะทำให้ร่างกายทรุดโทรม เจ็บป่วยง่ายสิ่งแวดล้อมที่อยู่ควรจัดให้มีอากาศบริสุทธิ์ ร่างกายจึงจะสดชื่นและมีความสุข นั่นคือพยายามหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศไม่บริสุทธิ์ เช่น หอประชุม โรงหนัง สถานบันเทิงต่าง ๆ ที่มีคนอยู่อย่างแออัดเมื่อหลีกเลี่ยงสถานที่เช่นนั้นได้แล้วก็ต้องไม่ใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา ทินเนอร์อีกด้วย

สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลสุขภาพ 4 อ. เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและเป็นการดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมถึงการที่คนเราปรับสิ่งแวดล้อมและอยู่ในอากาศที่ดีช่วยเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสังคมอีสาน

ภาคอีสานเป็นภาคที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทยด้านพื้นที่และประชากรมีพื้นที่ 105,533,902 ตารางกิโลเมตรเป็นจำนวน 1 ใน 3 ของประเทศไทยและเป็นร้อยละ 33 ของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศอาณาเขตภาคอีสานทิศเหนือและทิศตะวันออกเฉียงเหนือจรดประเทศลาวมีแม่น้ำโขงส่วนใหญ่เป็นพรมแดนทิศใต้จรดภาคกลางและประเทศเขมรมีภูเขาพนมดงรักเทือกเขาสันกำแพงเป็นพรมแดนความหลากหลายของวิถีชีวิตคนกับลุ่มน้ำมีความเกี่ยวพันกันระหว่างคนกับคนกับธรรมชาติแม่น้ำเป็นแหล่งกำเนิดของสรรพชีวิตการตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัยและการทำเกษตรกรรมจำเป็นต้องอาศัยน้ำทั้งสิ้น (จินตนา สุวิทวัส, 2549) สถาบันทางสังคมของประชาชนชาวอีสานเริ่มจากครอบครัวขนาดเล็กบ้านแบบอีสานมีลักษณะเป็นห้องโถงห้องเดียวไม่มีฝากระดานแบบการตั้งถิ่นฐานของชุมชนมักปลูกเรือนรวมกันเป็นหมู่บ้านทำให้ไปมาหาสู่และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันและกันได้สะดวกมีความรักความผูกพันต่อกลุ่มต่อชุมชนยึดเกาะกันโดยมียึด - คองหรือจารีตประเพณีทำหน้าที่เป็นกฎระเบียบเป็นบรรทัดฐานให้สังคมประพฤติปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ความสงบสุขร่วมกัน (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเกษตรกรดั้งเดิมคือพึ่งพาธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ประชาชนอีสานมีระบบความเชื่อพื้นฐานเป็นรากฐานดั้งเดิมระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพเยียวยาของประชาชนอีสานและมีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติเช่นอำนาจของผีหรือวิญญาณอำนาจของไสยศาสตร์เวทมนต์คาถาโหราศาสตร์ความเชื่อเรื่องบุญกรรมในพุทธศาสนาและอำนาจจากธรรมชาติที่ประกอบขึ้นเป็นรูปกายของมนุษย์ซึ่งความสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยต่างๆดังกล่าวกับความเจ็บป่วยของมนุษย์ตามความเชื่อของชาวชนบทอีสานเป็นดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการนับถือผีเป็นความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติเกิดจากความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างคนธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมสะท้อนโลกทัศน์ที่วามมนุษย์เป็นหน่วยหนึ่งของธรรมชาติทุกสิ่งในธรรมชาติล้วนมีผีหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์คอยปกป้องรักษา
2. ความเชื่อเกี่ยวกับวิถีพุทธชาวอีสานให้ความสำคัญกับวิถีพุทธมากวัดเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้านหลักวิถีพุทธที่มีอิทธิพลมากคือหลักของการทำดี คือการได้บุญ การทำชั่วความเชื่อคือทำให้ได้รับผล “กรรม” หรือเรียกอีกอย่างว่าเป็นการเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญคุณโทษ วิถีพุทธที่นำมาอธิบายถึงความเจ็บป่วยคือความเชื่อเรื่องกรรมกฎแห่งกรรมความเจ็บป่วยเกิดจากกฎแห่งกรรมพิธีกรรมในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเช่นพิธีคำโพธิ์คำไท่พิธีตัดกรรม เป็นต้น
3. ความเชื่อเกี่ยวกับโหราศาสตร์ชาวอีสานมักเชื่อในเรื่องของโชคชะตาราศีพิธีกรรมที่เป็นการป้องกันอันตรายหรือป้องกันโรคร้ายคือ “การเสียเคราะห์” หรือ “สะเดาะเคราะห์”
4. ความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์เชื่อในอำนาจเวทมนต์คาถาสสามารถทำในคนเจ็บป่วยและแก้ไขความเจ็บป่วยได้
5. ความเชื่อเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณีสังคมโดยทั่วไปนับถือผู้อาวุโสการล่วงละเมิดธรรมเนียมของสังคมทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้
6. ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติที่เป็นรูปร่างของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ธาตุ ได้แก่ดิน น้ำ ลม ไฟ ความเจ็บป่วยเกิดจากความแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 ธาตุสังคมอีสานจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาเยี่ยงว่าควรจะต้องจัดการอย่างไรกับความเจ็บป่วยชนิดใดการเปลี่ยนแปลงความคิดดั้งเดิมของชาวอีสานพฤติกรรมการตอบสนองความเจ็บป่วยของบุคคลจึงมีได้หลากหลายขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดวิเคราะห์ไตร่ตรอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

1.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าการคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2542) ซึ่งต่อมาโรเซนสตัดได้สรุป องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุอุปสรรคด้าน

จิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง

เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

สรุปแนวคิด การที่คนเรามีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและรักษาตนเอง เมื่อเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความรู้เรื่องโรคและประสบการณ์เดิมที่เคยพบเคยประสบมาก่อน ผสมกับความรู้นิวที่ได้รับจากบุคคลอื่นหรือจากแหล่งความรู้อื่น ในเรื่องการรับรู้ ความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ซึ่งเป็นอีก

แนวคิดหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจ และนำมาประยุกต์ปรับใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ทางแพทย์อย่างกว้างขวาง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านดังนี้

Cobb (1976) และ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความรักเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือว่ามีคุณค่า และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันกัน

Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม วัตถุและข้อมูลข่าวสารซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลที่เผชิญกับความเครียด สามารถสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงความสัมพันธ์ที่เป็นการให้ การเสียสละพึ่งพาระหว่างเพื่อน นายจ้างและญาติ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเรียกว่า การเกื้อกูลทางสังคม (Social Support) ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของคนที่มาสัมพันธ์กันไม่ว่าจะเป็นผู้ให้หรือผู้รับ (วีรมลต์ จันทร์ดี, 2542)

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมได้ 3 ประเภท คือ

1. ความรัก ความเป็นมิตร (Affection) เป็นการแสดงออกในรูปความผูกพัน การยอมรับการเคารพ และเอื้ออาทรต่อกัน
2. การยอมรับความจริงใจต่อกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับและเห็นด้วยในการกระทำและความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลอื่น
3. ความช่วยเหลือ (AID) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อกัน ซึ่งความช่วยเหลือเหล่านั้นอาจอยู่ในรูปของข่าวสารวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรืออื่น ๆ

การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ (ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible Support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงิน หรือการช่วยเหลือด้านกายภาพ (Financial of Physical Assistance) แคปแลนตีให้ความหมายเพิ่มเติมว่า คือ พฤติกรรมที่ให้โดยตรงต่อบุคคล ซึ่งได้แก่การให้วัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน การรักษา และการนำส่ง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible Support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์ เรียกว่าการให้ความช่วยเหลือในรูปนี้ว่า การช่วยเหลือด้านจิตใจ (Psychological Support) ซึ่งได้แก่การให้ความรู้ การสร้างความรู้สึกในทางบวก เช่น การยกย่อง และการให้กำลังใจ

Pender (1996) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคม ไว้ 5 ระบบ ดังนี้

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อบุคคล เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนทางสังคม

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อ ชักจูงบุคคลได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จ สามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religion Organization) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวชกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม หมอสอนศาสนา ฯลฯ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Profession Support System) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Support System not Direct by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือปัญหาการเป็นสมาชิกที่พิการของครอบครัว

กล่าวโดยสรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น และกลุ่มในสังคมต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกผูกพันทางจิตใจ การได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับวัตถุสิ่งของซึ่งจะเอื้อประโยชน์ให้ผู้ใช้เกิดความมั่นคงทางกายและจิตสังคม ก่อให้เกิดการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีของบุคคล โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มที่เข้าถึงระบบบริการได้ค่อนข้างน้อยและยาก หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมในบางประการที่เป็นข้อจำกัด เช่น การไม่มีรถยนต์หรือพาหนะไปรับบริการการมีบุคคลคอยกระตุ้นเตือนการฉันทยา และการดูแลอื่น ๆ ที่จำเป็น

ถ้าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เหมาะสมก็จะทำให้การไปรับบริการ การรักษาสะดวกขึ้น

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจ ส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา เป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคนไปจนชั่วชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและสุขภาพจิต ในแง่ การป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพ อนามัยดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจ เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและ / หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีความสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

รูปแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) เชื่อว่า “พฤติกรรมของคนนั้น เกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล” โดยสมมติฐานที่ว่า

1. การมองปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บและพฤติกรรมอนามัยแบบ Social Bases คือมิได้นำมาเฉพาะวิทยาการทางการแพทย์ และสาธารณสุขเท่านั้นมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของคน แต่ต้องนำ วิทยาการด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และสังคมศาสตร์สาขาอื่นๆ เข้ามาร่วมด้วย ปัญหาสาธารณสุข เป็นปัญหาที่มาจากโครงสร้างทางสังคม

2. คำนึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

เศรษฐกิจที่มีต่อพฤติกรรมอนามัยของประชาชน

3. ใช้ชุมชนเป็นตัวตั้งในการแก้ปัญหา โดยมุ่งที่จะศึกษาถึงโครงสร้างทางสังคม และศักยภาพของชุมชน แต่ละชุมชนที่มีอยู่เดิม มาเป็นรากฐานในการแก้ปัญหา

4. กระบวนการในการแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมอนามัย มิใช่การมุ่งไปที่การให้การศึกษาแก่ประชาชนเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเท่านั้น แต่ต้องเน้นการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะอย่างเพียงพอ ที่จะนำไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่เป็นสาเหตุของปัญหาได้

5. ใช้วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน (A People - Oriented Health Technology) หมายถึงวิทยาการที่ง่าย ๆ ในรูปของวัสดุอุปกรณ์และวิธีการที่ประชาชนจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของเขาเองได้ “วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน” จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ (นักสูติศึกษาและเจ้าหน้าที่อื่น) เปลี่ยนไปคือ เจ้าหน้าที่จะต้องยึดหลักว่าประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม ประชาชนจะเป็นผู้ค้นคิดวิธีการ และวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้คอยสนับสนุน การดำเนินงาน จะต้องเป็นไปในแนวของ การแลกเปลี่ยน ความคิด ข้อมูล ข่าวสาร มากกว่า เอาความคิดและวิธีการไปครอบให้กับประชาชน

1.5 แนวคิดกลไกการปรับตัวทางจิตในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยวัณโรค

การใช้กลไกการปรับตัวของบุคคลเพื่อแก้ไขความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเพื่อ บรรเทาความทุกข์นั้นในบุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถปรับตัวได้ต่างกันผลของการที่บุคคลใช้ กลไกการปรับตัวทำให้สามารถเผชิญกับความทุกข์เรียนรู้ชีวิตมีความอดทนอดกลั้นต่อความผิดหวัง สามารถระดมพลังที่มีอยู่ในตัวออกมาเผชิญกับชีวิตให้บรรลุเป้าหมายส่วนผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็จะวิตก กังวลเพิ่มขึ้นเศร้าโศกท้อแท้และสิ้นหวังฟรอยด์และกลุ่มนักจิตวิเคราะห์ (Freud, 1947) ได้รวบรวม กลไกการป้องกันตัวของบุคคลดังนี้

1. การเก็บกด (Repression) เป็นความพยายามที่จะลืมประสบการณ์ที่ ปวดร้าวโดยสิ่งที่ถูกเก็บกดนั้นจะทำในระดับที่เราไม่รู้สึกรู้ตัวหรืออาจรู้สึกตัวได้เมื่อสิ่งที่ถูกเก็บกดนั้น แยกตัวออกจาก Ego หรือเป็นการเก็บกดที่ทำโดยไม่เจตนา

2. การกระทำตรงกันข้าม (Reaction Formation) หมายถึงการกระทำที่ ตรงกันข้ามกับแรงผลักดันที่อยู่ภายในส่วนลึกของจิตใจดังเช่นความเกลียดกับความรักรักความเกลียดชัง นี้จะถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกและไม่รู้สึกตัวแต่จะแสดงออกในรูปของความรักซึ่งหมายถึงเปลี่ยนจาก สิ่งไม่ดีเป็นสิ่งดีในขณะที่เดียวกันเราสามารถพบได้ทั้งสองด้านคืออาจเปลี่ยนจากสิ่งดีกลายเป็นสิ่งที่ไม่ดี ก็ได้เช่นความเป็นคนว่านอนสอนง่ายอาจแสดงออกในรูปของความดื้อรั้น

3. การปฏิเสธ (Denial) หมายถึงการปฏิเสธสิ่งที่ทำให้เจ็บปวดหรือไม่สบายใจ รวมทั้งสิ่งที่ต้องการซึ่งต้องประสบอยู่ตามความเป็นจริงของโลกภายนอกโดยใช้วิธีคิดเห็นหรือจินตนาการเอาเองตามใจชอบและแสดงพฤติกรรมออกมาตัวอย่างเช่นเด็กชายเล็กๆกลัวบิดาเพราะว่าตัวใหญ่กว่าแข็งแรงกว่าเด็กจะพูดว่าเขาเป็นนักมวยเก่งที่สุดในโลกและอาจสวมเข็มขัดจำลองของนักมวยแชมป์เปี้ยนโลกเดินอวดคนอื่นๆ

4. การโยนความผิดไปให้ผู้อื่น (Projection) หมายถึง การไม่ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง โดยอ้างว่าเกิดจากความผิดของผู้อื่น เอาความคิด ความรู้สึก ความปรารถนาของตนเองไปโยนให้ผู้อื่น หรือวัตถุอื่นภายนอกตัวคนคนนั้น ตัวอย่างเช่น การโทษคนอื่น เพราะว่าความคิด ความปรารถนาของตนเป็นสิ่งที่ไม่ดี ยอมรับไม่ได้

5. การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) หมายถึง การไม่ยอมรับข้อบกพร่องนั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อเราทำไม่ดีต่อผู้อื่น และกลัวถูกสังคมตำหนิ ก็เลยพยายามให้เหตุผลว่าคนที่ถูกรากะทำนั้นไม่ดี สมควรถูกลงโทษ

6. การถดถอย (Regression) หมายถึง การถอยกลับของพฤติกรรมไปสู่ระยะแรกของการพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ดังเช่น หญิงที่แต่งงานแล้ว ไม่สามารถจะปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของภรรยาได้เลยกลับบ้านไปอยู่กับบิดามารดา เพื่อที่จะได้กลับไปแสดงบทบาทของการเป็นลูกที่เคยอดอ่านและเป็นสุข

7. การเพ้อฝัน (Fantasy) เป็นความพยายามที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่ตนเองในสิ่งที่เป็นไปได้คือ บุคคลนั้นอาจหลบหนีความเป็นจริงเข้าไปสู่โลกแห่งจินตนาการ เช่น บุคคลที่มีความทุกข์ และไม่สามารถจะเผชิญหน้าหรือแก้ไขปัญหาได้ ก็เลยสร้างจินตนาการวาดมโนภาพขึ้นว่าได้อยู่ในสภาพที่เป็นสุข

8. การระบายออก (Sublimation) หมายถึง การระบายแรงขับทางสัญชาตญาณออกไปสู่กิจกรรมที่สร้างสรรค์ และเป็นที่ยอมรับของสังคม หรือเป็นการที่คนสร้างจุดมุ่งหมายที่สูงขึ้นมาแทนจุดมุ่งหมายที่พลาดคือ เมื่อจุดมุ่งหมายแรกไม่บรรลุผลจะทำให้บุคคลเปลี่ยนทิศทางของพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายใหม่ที่เขาสามารถจะไปถึงได้โดยไม่รู้สึกละอาย

9. การชดเชย (Compensation) หมายถึง การกระทำที่ทดแทนหรือลบล้างปมด้อย หรือความรู้สึกที่ไม่ดีของตนคือ เกิดจากการที่บุคคลมีความล้มเหลวหรือเสียคุณค่าในตัวแล้ว เนื่องจากได้กระทำผิดพลาดจึงหาเป้าหมายใหม่มาชดเชย

10. การเลียนแบบผู้อื่น (Identification) หมายถึง การพยายามจินตนาการว่าตนเองมีลักษณะคล้ายคลึงกับคนใดคนหนึ่งที่ตนชื่นชอบ

11. การย้ายที่ (Displacement) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมโต้ตอบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้เลยย้ายความรู้สึกนี้ไปลงที่อื่นผู้ติดเชื้อวัณโรคเมื่อรับรู้ว่ามี การติดเชื้อจะใช้กลไกการปรับตัวแตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป วัณโรคยังคงเป็นโรคที่น่าอายสำหรับบางคน เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่สามารถทำให้ผู้อื่นรังเกียจได้ การที่ผู้ป่วยวัณโรคยอมรับความเป็นโรคปรับตัวยินยอมรับการ รักษาตามที่แพทย์ให้การรักษายินยอมให้ความร่วมมือตามระบบของการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อโรค ก็จะทำให้การรักษาเป็นไปได้ด้วยดี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปได้ดี ไม่ทำให้ผู้อื่นเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคจากเราเพราะหากผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและไม่ปรับตัวใน การรักษารวมถึงไม่จัดการตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ไม่ปรับตัวเพื่อให้มี บุคคลอื่นมาช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หยุดการรักษาและอาจทำให้เป็นวัณโรค ตื้อยาและแพร่กระจายเชื้อตื้อยาให้ผู้อื่นได้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็จะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural Functionalism)

ผู้นำทางความคิดของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม คือ August Comte และ Herbert Spencer ทั้งสองท่านเป็นผู้ให้รากฐานความคิดกว้างๆ เกี่ยวกับสังคม และคำอธิบาย เกี่ยวกับสังคม จะเห็นได้ว่าท่านทั้งสองใช้ความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่นิยมเป็นหลักนำในการ แนะนำวิชาสังคมวิทยาเข้าสู่วิชาการของยุโรปสมัยของท่าน ท่านทั้งสองจึงได้ชื่อว่าเป็นบิดาของ สังคมวิทยาเนื่องจาก August Comteเป็นผู้ตั้งชื่อวิชานี้ว่า สังคมวิทยา ท่านจึงมักได้รับการยกย่อง ให้เป็นบิดาคนแรกของสังคมวิทยามากกว่า Herbert Spencer อย่างไรก็ตามก็ต้องนับว่าท่านทั้งสองมี คุณอนันต์ต่อวิชานี้สำหรับผู้มีส่วนวางรากฐานอันสำคัญของทฤษฎีหน้าที่นิยม (Function-Alism) ได้แก่

1. Emile Durkheim
2. Bronislaw Malinowski
3. A.R. Radcliffe-Brown

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมถูกพัฒนาขึ้นโดย Radcliffe Brown (นียบพรรณ วรณศิริ, 2540) โดยมีแนวคิดวาระบบสังคมต่าง ๆ ประกอบด้วยโครงสร้างและกิจกรรมต่างๆ โครงสร้างทาง สังคมคือแบบแผนที่อยู่ได้นานโดยประชากรมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โครงสร้างจะได้นมาจากการกระทำระหว่างกันทางสังคมจากบรรทัดฐานและเกณฑ์ต่างๆ ของ พฤติกรรม ทฤษฎีนี้จะเน้นการทำความเข้าใจกับการคงอยู่และการสืบเนื่องของโครงสร้างและ เสถียรภาพทางสังคม ซึ่งตัวบ่งชี้ที่สำคัญได้จากข้อมูลทางชาติพันธุ์วรรณาของแต่ละสังคมที่ แสดงออกถึงความขัดแย้งนั้นและมีการจัดการต่อความขัดแย้งอย่างเป็นทางการความสัมพันธ์ดังกล่าว

จะช่วยลดโอกาสที่ทำให้เกิดความขัดแย้งและทำให้สังคมทั้งหมดอยู่ต่อไปได้ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม เน้นที่การคงอยู่หรือระบบเสถียรภาพของระบบสังคมรวมทั้งภาระหน้าที่ทางสังคมและความมั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงเป็นมโนภาพสำคัญ ในการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ดั่งนั้นส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของกลุ่มทางสังคมต้องถูกนำมาศึกษาโดยดูว่าส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมทำหน้าที่อะไรบ้างที่จะทำให้เกิดเสถียรภาพของกลุ่มโดยเฉพาะสังคมที่ไม่ซับซ้อน (งามพิศ สัตย์สงวน, 2539)

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมสามารถนำมาอธิบายความมั่นคงทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่ซับซ้อน ในการคิดค้นองค์ความรู้และวิธีการหรือที่เรียกกันทั่วไปว่าภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านต่างๆ เพื่อเสริมสร้างโครงสร้างทางสังคมของกลุ่มคนให้สามารถคงรูปอยู่ได้และถ่ายทอดสืบต่อกันมาในลักษณะยั่งยืน

วิธีการศึกษาแบบโครงสร้างหน้าที่ (Structural Functional Approach) การศึกษาแบบโครงสร้างหน้าที่เป็นการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพของส่วนต่าง ๆ (Parts) ที่ประกอบกันเข้ามาเป็นสังคมโดยรวม (The Whole) สัมพันธภาพของส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบกันเข้ามาเป็นสังคมนั้นเรียกว่า “โครงสร้างของสังคม” (Structure of a Society) โครงสร้างของสังคมนำมาหมายถึงสัมพันธ์ภาพของกิจการต่างๆ ที่มีปรากฏอยู่ในสังคมทุกสังคม อันได้แก่ กิจกรรมทางด้านครอบครัว ญาติพี่น้อง ด้านการศึกษาอาณานิคม การเศรษฐกิจ การเมือง การปกครองความเชื่อ ศาสนา และอื่นๆ

ฐานคติ (Assumptions)

1. สังคมเป็นระบบๆ หนึ่ง
2. ระบบนั้นประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
3. ระบบมีขอบเขตแน่นอน พร้อมทั้งมีกระบวนการรักษาบูรณาการและอาณาเขตนั้นไว้เสมอ ต่อจากนั้นก็ได้มีการขยายต่อเติมความคิดนี้ให้ครอบคลุมสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามแต่ความคิดของนักสังคมวิทยาที่นิยมอินทรีย์อุปมานี้แบบที่สุดโต่งกว่าแบบอื่นในหมู่นักโครงสร้าง-หน้าที่นิยมมองเห็นสังคมมีลักษณะดังนี้

3.1 สังคมในฐานะที่เป็นระบบ ที่มีอาณาเขตแน่นอนเป็นสังคมที่วางระเบียบตนเอง ควบคุมตนเอง (Self-Regulating) โดยมีแนวโน้มที่ส่วนประกอบต่าง ๆ พึ่งพาอาศัยกันและรักษาดุลยภาพไว้ได้

3.2 ในฐานะที่เป็นระบบที่บำรุงรักษาตนเอง ทำนองเดียวกับอินทรีย์ทั้งหลาย สังคมมีความต้องการจำเป็นจำนวนหนึ่ง (Needs or Requisites) ซึ่งเมื่อสนองได้แล้วจะทำให้สังคมดำรงชีวิตอยู่ได้ ส่วนต่าง ๆ สามารถพึ่งพากันได้ (Homeostasis) และสามารถรักษาดุลยภาพไว้ได้

3.3 เมื่อเป็นดังนั้น การวิเคราะห์ระบบที่บำรุงรักษาตนเอง (สังคม) เจริญสังคม วิทยาจึงควรต้องมุ่งสนองความต้องการจำเป็นของส่วนประกอบต่างๆ ของสังคม ซึ่งการทำเช่นนั้นจะส่งผลให้เป็นการรักษาความพึงพากันและดุลยภาพด้วย

3.4 ในระบบที่มีความต้องการจำเป็นเช่นนี้ สังคมจึงจะต้องมีโครงสร้างแบบใดแบบหนึ่งขึ้นมา เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการพึ่งพา (Homeostasis) ดุลยภาพ (Equilibrium) และการมีชีวิต (Survival) อาจกล่าวได้ว่าโครงสร้างหลายโครงสร้างสามารถสนองความต้องการจำเป็นอันเดียวกันได้ แต่โครงสร้างจำนวนจำกัดเท่านั้น ที่สามารถสนองความต้องการจำเป็นใด ๆ หรือความต้องการจำเป็นหลายอย่างได้ในขณะเดียวกัน

การศึกษาสังคมกลุ่มโครงสร้างหน้าที่ มีอยู่ประการหนึ่งว่าภายในสังคมนั้นมีการทำหน้าที่ (Functions) ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ (System) เพื่อความดำรงอยู่ของแต่ละสังคม ในการนี้ ส่วนต่าง ๆ (Parts) หรือระบบย่อย (Subsystems) ต่าง ๆ ภายในสังคมจะปฏิบัติงานต่อเนื่องประสานสัมพันธ์กันเพื่อมุ่งไปสู่ความมุ่งหมายสุดท้ายของแต่ละสังคมคือความอยู่รอดซึ่งย่อหมายถึงรวมถึงความสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภาวะต่างๆภายในสังคมให้เหมาะสมกับกาลเวลาที่ผ่านไป ด้วยฐานคิดดังกล่าวการศึกษาสังคมนั้นถือว่าโครงสร้างสังคมเป็นระบบกระทำการชนิดหนึ่ง (An Operating System) ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อยต่างๆ ระบบย่อยเหล่านี้จะทำหน้าที่ (Function) ในส่วนของตัวเองให้สอดคล้องกันไปกับการทำหน้าที่ของระบบย่อยอื่น ๆ อันเป็นผลให้สังคมดำรงอยู่ได้ เปรียบประดุจดังระบบร่างกายของมนุษย์ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อยต่าง ๆ อาทิ หัวใจ หู ตา จมูก แขน ขา เท้า ฯลฯ ซึ่งแต่ละส่วนก็ทำหน้าที่ตามความถนัดเฉพาะของตน และก็ต้องประสานกับการทำหน้าที่ของส่วนอื่น ๆ ด้วย เพื่อความดำรงอยู่ของระบบใหญ่คือมนุษย์แต่ละคน เช่นนี้เป็นต้น

การประสานงานกันของระบบย่อยต่าง ๆ ของโครงสร้างสังคม เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความอยู่รอดของสังคมเช่นเดียวกับของมนุษย์ ดังจะเห็นได้ว่าถ้าขาไปทำหน้าที่แทนแขนและปากไปทำหน้าที่แทนทวารหนัก มนุษย์ซึ่งเป็นระบบใหญ่ในกรณีนี้ก็ย่อมจะอยู่ด้วยความลำบาก ถ้าไม่ถึงแก่ความพิการก็อาจสิ้นชีวิต หรือถ้าหากว่าระบบย่อยต่าง ๆ ทำหน้าที่ไม่ประสานกันเพียงพอ ก็อาจจะสร้างความยุ่งยากในการดำรงอยู่ให้แก่ระบบใหญ่ได้มาก ตัวอย่างเช่น ปากชอบรับประทานของเผ็ดจัดเปรี้ยวจัดเค็มจัด และของที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย ระบบย่อยส่วนท้องโดยเฉพาะกระเพาะ ลำไส้ และทวารหนักก็อาจจะทำหน้าที่หนักเกินขนาด อาจเป็นเหตุให้ระบบใหญ่คือมนุษย์ผู้นั้นต้องอยู่ด้วยความยากลำบากผิดปกติ และถ้าความขัดแย้งกันระหว่างระบบย่อยมีรุนแรงมาก ก็อาจนำไปสู่ความสิ้นสุดของระบบใหญ่ได้ในที่สุด การดำรงอยู่ของโครงสร้างสังคมก็เช่นเดียวกัน ระบบย่อยต่างๆ ของสังคมจะต้องปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ตามความถนัดเฉพาะของแต่ละส่วนให้ดี และจะต้องประสานสัมพันธ์กับการทำงานของระบบย่อยอื่นๆ ที่มีอยู่ภายในระบบใหญ่คือ โครงสร้างสังคมเป็นส่วนรวมด้วย มิฉะนั้น

สังคมนั้นอาจมีอาการระลอกกระเปลี่ยน พิกลพิการ เกิดความยุ่งยากระส่ำระสาย และในที่สุดก็อาจสลายตัวไปด้วยเหตุใดเหตุหนึ่งดังได้พรรณนาไว้

ระบบย่อย (Subsystems) มีอยู่ในโครงสร้างของทุกสังคมมนุษย์ พิจารณาตามลักษณะอันเป็นความถนัดเฉพาะ (Specialization) ของกิจกรรมพอจะแบ่งแยกออกได้เป็น 6 ระบบดังต่อไปนี้

1. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านครอบครัวและญาติพี่น้อง (Family & Kinship System)
2. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางการศึกษาอบรม (Education System)
3. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรม ทางด้านการป้องกันรักษาและบำรุงสุขภาพสมาชิกของสังคม (Health System)
4. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจ (Economic System)
5. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมด้านการเมือง และการปกครอง (Politic System)
6. ระบบย่อยของโครงสร้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านความเชื่อและศาสนาต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแต่ละสังคม (Belief System) (สนิท สมัครการ, 2540) การนำไปทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมไปประยุกต์ใช้การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตน เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ หรือพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมความคิด เพื่อให้เรียนรู้วิธีการที่จะทำให้อาการหายจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นอยู่ และมองเห็นความสำคัญของการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดจากตัวเราเป็นสาเหตุ ไม่ว่าจะตนเองจะอยู่ในสถานะเช่นไร

นียบรรณ วรณศิริ (2540) ได้นำเสนอแนวคิดโครงสร้างหน้าที่โดยกล่าวว่าสังคมเปรียบเหมือนร่างกายซึ่งมีชีวิต มีการเกิด เจริญเติบโต เจ็บป่วยได้ เยียวยารักษาได้เมื่อหายแล้วก็จะก้าวเดินต่อไปได้ ร่างกายมนุษย์มีอวัยวะเป็นส่วนประกอบเพื่อการคงอยู่ สังคมก็มีโครงสร้างเพื่อการดำรงตน ทั้งอวัยวะของคนและโครงสร้างของสังคมต่างก็ทำหน้าที่ประสานสัมพันธ์กันเพื่อผดุงร่างกายและสังคม หากสังคมเกิดความขัดแย้งกันในโครงสร้างอันเนื่องมาจากการขัดกันในการทำหน้าที่ที่ไม่สอดคล้องกันทำให้สังคมชะงักงันหรือพัฒนาไปได้ช้าสังคมก็จะหาทางแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนโครงสร้างของตนเองเพื่อดำรงอยู่หรือพัฒนาก้าวหน้าต่อไป ร่างกายมนุษย์นั้นเมื่อเจ็บป่วยลงสามารถเยียวยาได้เช่นกันอวัยวะในร่างกายบางส่วนก็สามารถปรับเปลี่ยนและแทนที่ได้แต่ก็ทำไม่ได้ทั้งหมดทุกส่วนโครงสร้างหลัก ๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น สมอง หัวใจ ตับ ไต ฯลฯ เป็นต้น คนเราจึง

ตายได้ แต่สังคมไม่มีวันตาย หลังจากที่สังคมปรับตัวให้เกิดการพัฒนาขึ้นแล้วสังคมก็จะก้าวเดินต่อไปได้

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมมีแนวคิดดังนี้

1. ทุกสังคมประกอบขึ้นแบบบูรณาการ คือมีหลายภาคส่วนมาประกอบกันเข้า การดำเนินการในสังคมดำเนินงานแบบเป็นระบบย่อยมีหน้าที่ตามบริบทของสังคมย่อยนั้น เช่น ระบบการบริการทางด้านสุขภาพ ระบบการดูแลพระสงฆ์ของพระสงฆ์

2. ทุกองค์ประกอบหรือทุกระบบย่อยต่างก็มีหน้าที่ของมัน

3. แต่ละหน้าที่มีความสมดุลกัน

4. ความสมดุล คือความมั่นคง ถ้าขาดสมดุลสังคมก็เสื่อมได้ การแก้ไขต้องแก้ไขใน 4 ประเด็น คือ 1) การปรับตัว 2) การผสมผสานกัน 3) การมีจุดร่วม 4) การลดพ้องความขัดแย้งกันในภายใน

การที่ระบบต่าง ๆ เช่น ระบบการให้บริการสาธารณสุขได้ช่วยดูแลและพัฒนาวิธีการดูแลให้สอดคล้องและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยชัดเจนยิ่งขึ้น การที่ระบบของสงฆ์พัฒนาวิธีการดูแลพระสงฆ์ในวัดทั้งในแง่ของการป้องกันและการรักษาวัณโรคในวัด เพื่อให้พระสงฆ์และผู้ที่มีหน้าที่ในวัดให้มีความปลอดภัย มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ทฤษฎีเสริม

2.2.1 ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์ (Roy's Adaptation Model) ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการปรับตัวของมนุษย์และการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิตโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ (อิบราฮิม, 2546)

หลักการเบื้องต้นเชิงวิทยาศาสตร์

1. คนเป็นระบบสารและพลังงานมีขั้นตอนการจัดการตนเองมีความรู้สึกรู้สึกนึกคิดมีจุดมุ่งหมายมีองค์ประกอบที่รวมบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้กลมกลืน

2. คนมีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อมมีกระบวนการตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์ความคิดและความรู้สึกจะเป็นแรงผลักดันสู่พฤติกรรมที่บุคคลกระทำออกมา

3. คนจะยอมรับปกป้องและสนับสนุนเพื่อการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันทำให้เกิดความสัมพันธ์ในระบบของบุคคล

4. การตระหนักรู้ของคนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

5. การปรับตัวของคนเป็นความต้องการรวมบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้กลมกลืนกัน

หลักการเบื้องต้นเชิงปรัชญา

1. คนมีความเชื่อในโลกและในพระเจ้า
2. คนมีความเชื่อในพระเจ้าและเชื่อในสรรพสิ่งที่ทั้งหลายในโลกว่าเป็นเรื่องปกติและเป็นไปตามธรรมชาติ
3. คนมีเอกภาพและใช้ความสามารถที่สร้างสรรค์ในการตระหนักรู้รู้อัจฉและมีความเชื่อในศาสนา
4. คนสามารถรับรู้ถึงขั้นตอนของการได้มาการสนับสนุนและการเปลี่ยนแปลงเอกภาพ
5. คนมีความตระหนักรู้อย่างมีจุดหมายจึงสามารถจัดความเชื่อที่ผิดๆ มีความกระจำงในการควบคุมตนเองเพื่อรักษาคุณภาพและเสถียรภาพและปรับปรุงความคิดเชิงสร้างสรรค์ในแก่นแท้ของ

ความเชื่อทางศาสนา

ทฤษฎีระบบที่ Roy ได้สร้างจะมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ของคนและสิ่งแวดล้อมภายในระบบอย่างชัดเจนองค์ประกอบสำคัญภายในระบบคือคนซึ่งต้องได้รับการดูแลการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อมและเอื้อต่อการปรับตัวองค์ประกอบทั้ง 3 ประการจะปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเพื่อการทำงานของระบบกลไกการปรับตัวและขอบเขตการปรับตัวของคน

1. ระบบเป็นองค์ประกอบของทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกันคนเป็นระบบเปิดและสามารถปรับตัวได้ดีและยังสัมพันธ์กับระบบอื่นๆในสิ่งแวดล้อมถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งเสียหายที่จะกระทบกับองค์รวมของระบบได้เช่นเดียวกันขอบเขตของคนมีความยืดหยุ่นเปิดและปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นมีการทำงานร่วมกันในระบบรับเข้าระบบส่งออกและกระบวนการทำงานในระบบ

1.1 ระบบรับเข้า (Input) เป็นสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมหรือจากตัวคนเองแบ่งได้เป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ซึ่งคนต้องเผชิญโดยตรงสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรากฏมีอยู่และเสริมให้คนมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวและสิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) ซึ่งไม่เจาะจงแต่แฝงอยู่ในตัวคนเช่นความเชื่อทางวัฒนธรรมและเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระบบรับเข้ายังรวมถึงระดับการปรับตัวของคนซึ่งอาจง่ายหรือยากตามลักษณะของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในคน ระบบการทำงาน (Throughput) เป็นกระบวนการทำงานในระบบและให้ผลออกมา กระบวนการหมายถึงกลไกควบคุมภายในระบบและผลที่ออกมา (Effectors) เป็นหน้าที่ทางสรีระอัตโนมัติค้นพบทาและการพึงพาในการปรับตัว

1.2 ระบบส่งออก (Out Put) เป็นผลลัพธ์ของระบบในระบบของคน ผลลัพธ์ก็คือพฤติกรรมการแสดงออกของคนระบบส่งออกของระบบเป็นการตอบสนองที่ให้ประสิทธิภาพ(Adaptive Response) ซึ่งส่งเสริมให้เกิดบูรณาภาพหรือเป็นการตอบสนองที่ขาด

ประสิทธิภาพ (Ineffective Response) ซึ่งไม่ส่งเสริมความสำเร็จตามเป้าหมายการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพคนจะแสดงออกได้จากพฤติกรรมที่บอกความสำเร็จในการอยู่รอดปลอดภัยความเจริญงอกงามมีการกระจายพันธุ์และมีชัยชนะมีการสืบทอดการตอบสนองในระบบส่งออกจะให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ระบบ

2. กลไกการปรับตัว (Coping Mechanism) เป็นกระบวนการหรือแบบแผนซึ่งคนใช้เพื่อควบคุมตนเองทั้งโดยการเรียนรู้หรือมีขึ้นเองตามธรรมชาติแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) และกลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) ซึ่งถือเป็นระบบย่อยในระบบการปรับตัวของคนจะทำงานร่วมกันเพื่อดำรงคุณภาพของคนในระบบการปรับตัวโดยที่กลไกการควบคุม (Regulator) จะรับสิ่งเร้า (Input) จากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกของบุคคลและมีกระบวนการทำงานภายใน (Internal Process) ที่ต้องอาศัยการประสานทางเคมีทางระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อเกิดการตอบสนองทางสรีระและส่งออก (Output) เป็นพฤติกรรมที่ปรากฏส่วนกลไกการรับรู้ (Cognator) จะควบคุมด้านอัตมโนทัศน์บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันทั้งนี้ต้องอาศัยการทำงานของสมองในด้านการรับรู้การรับ-ส่งข้อมูลการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตการตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์

3. ขอบเขตการปรับตัว (Adaptive Modes) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานภายในและแสดงออกเป็นระบบพฤติกรรมให้ปรากฏในหลายลักษณะเพื่อบอกผลลัพธ์ของการปรับตัวจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งเร้าการปรับตัวจะออกมาใน 4 ลักษณะคือการทำงานด้านสรีระอัตมโนทัศน์บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันภายหลังที่มีการประสานกันระหว่าง Regulator และ Cognator พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านจะสะท้อนระดับการปรับตัวของบุคคลซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคลและยังสะท้อนถึงการใช้กลไกการปรับตัวในแบบแผนพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านตลอดจนความสำเร็จหรือประสิทธิภาพการตอบสนองโดยสังเกตได้จากพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาให้ปรากฏ การปรับตัวด้านสรีระ (Physiologic Function) จะรวมถึงความต้องการ พื้นฐานด้านร่างกายและวิธีการปรับตัวในแบบแผนการได้รับออกซิเจนอาหาร การขับถ่ายการทำกิจกรรมการพักผ่อนผิวหนังการรับสัมผัสสีน้ำและอิเล็กโตรลิตส์และหน้าที่ทางระบบประสาทและต่อมไร้ท่อการตอบสนองด้านสรีระค่อนข้างจะมีความเป็นรูปธรรมสูงมีพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนเข้าใจง่าย

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - Concept) เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความรู้สึกต่อตนเองซึ่งรวมถึงด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความรู้สึกจากการสัมผัสและจากภาพลักษณ์ด้านส่วนตัว (Personal Elf) เป็นความมั่นคงเหนียวแน่นไม่เปลี่ยนแปลง

(Self-Consistency) อุดมคติที่เกี่ยวกับตนเอง (Self-Ideal) และความรู้สึกลงในค่านศีลธรรม จริยธรรม (Moral-Ethical Self) เกี่ยวข้องกับการสังเกตและประเมินตนเอง (Self Observation and Self Evaluation)

การปรับตัวด้านการแสดงบทบาท (Role Function) จะรวมถึงการแสดง พฤติกรรมที่บอกตำแหน่งของบุคคลในสังคมการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่กำหนดแบ่งได้ใน 3 ลักษณะใหญ่ๆคือบทบาทในทางเพศและอายุเป็นบทบาทเริ่มแรก (Primary) บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามีถือเป็นบทบาทที่สอง (Secondary) และบทบาทที่สาม (Tertiary) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนไปมาได้การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) จะรวมถึงสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสัมพันธ์และระบบสนับสนุนแสดง ความสมดุลระหว่างพฤติกรรมพึ่งพาเช่นแสวงหาความช่วยเหลือความเอาใจใส่และความชอบพอรักใคร่และพฤติกรรมอิสระเช่นคิดริเริ่มและหาความพอใจจากงานเป็นต้นพฤติกรรมพึ่งพาที่เหมาะสม และสมดุลจะเพิ่มความสามารถตอบสนองความต้องการความรักการบำรุงเลี้ยงและการชอบพอรักใคร่

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการปรับตัวของRoy รอยจะมุ่งที่คนภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อม และทิศทางการปฏิบัติโดยที่คนเป็นระบบเปิดซึ่งจะแสดงพฤติกรรมที่บอกถึงการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพและมีการปรับตัวผู้ป่วยก็ต้องใช้กระบวนการปรับตัว ใช้กระบวนการควบคุมทั้งในด้าน Regulator และ Cognator ในขอบเขตพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้านคือร่างกายด้านความคิด ความรู้สึกบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาซึ่งกันและกันที่ครอบคลุมระบบกาย จิต และสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของคนที่ยกความเป็นองค์รวมเพราะหากผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บและไม่ปรับตัว ในการรักษา ไม่ปรับตัวเพื่อให้มีบุคคลอื่นมาช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หยุดการรักษาและอาจทำให้เป็นวัณโรคคือยาและแพร่กระจายเชื้อต่อยาให้ผู้อื่นได้

2.3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

Orem and Taylor ได้อธิบายว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเองตลอดจนป้องกันควบคุมกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆโดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง” (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ในทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ซึ่งเปรียบได้กับ กระบวนการของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อแต่ต่างกันตรงที่การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักปรับตนเองเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอนอกจากนั้นโอเร็มยังได้ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่าย

ทางสังคมจึงได้รวมมโนคติเกี่ยวกับบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาโดยโอเร็ม (Orem, 1980)

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) ใช้คำว่า “Agent” กับ “Agency” กล่าวคือ “Agent” ในความหมายของโอเร็ม คือ คนที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ส่วน “Agency” หมายถึงความสามารถในการกระทำดั่งนั้น Dependent Care Agent จึงหมายถึงบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา ส่วน Dependent Care Agency หมายถึงความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลอื่น Dependent Care หมายถึงการดูแลที่ได้รับจากบุคคล ผู้เป็นที่พึ่งพาและ Dependent Care Deficit หมายถึงความพร่องหรือข้อจำกัดของผู้ให้การดูแลสำหรับกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีที่แสดงความสัมพันธ์ของมโนคติต่างๆ

การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดกิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเองการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่มในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ส่วนทารกเด็ก ผู้สูงอายุผู้ที่เจ็บป่วยหรือความพิการอาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกายจิตใจและสังคมส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคตการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอดมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent Member) (Orem, 1980) ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆดั่งนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆว่าเหมาะสมเกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกความรู้ที่

จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้างต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้างตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใดการที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้างแม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายประสงค์ของการกระทำที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติและเมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

สรุปทฤษฎีการดูแลตนเองในแนวคิดของOrem จะให้ความสำคัญของการพึ่งพาและการดูแลซึ่งกันและกันโดยถือว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือระยะที่ 1 เป็นระยะของการพินิจพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำระยะที่ 2 เป็นการกระทำของผลการกระทำทฤษฎีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแนวโน้มของการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) และการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม (Holistic Health Care หรือ Wholistic Healing) อาจเป็นเรื่องใหม่ในวงการสาธารณสุขร่วมสมัยของไทยแต่ทว่าปรัชญาแบบองค์รวมเป็นปรัชญาเดิมในหลายวัฒนธรรมคำว่า “องค์รวม” หรือ Holistic มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีกหมายความว่าความเป็นจริงทั้งหมดหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสิ่ง (Wholeness) มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ (Unity) ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้แนวคิดแบบองค์รวมลดความสำคัญลงในยุควิทยาศาสตร์เฟื่องฟูหลังจากนั้นแนวคิดแบบองค์รวมได้ปรากฏขึ้นอีกครั้งในสังคมยุคใหม่เมื่อ Jan Smuts นายกรัฐมนตรีของประเทศแอฟริกาใต้เขียนหนังสือชื่อ Holism and Evolution พ.ศ. 2496 Smuts กล่าวว่าองค์รวมคือพลังสร้างสรรค์ในปัจเจกชนและเป็นพลังขับเคลื่อนไปสู่การสังเคราะห์ที่ใหม่แปลกเช่นเดียวกับการวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตขององค์รวมของสิ่งใหม่ย่อมยิ่งใหญ่กว่าผลรวมของส่วนย่อย (The Whole is Greater than The Sums of Its Parts) นอกจากนี้ในวัฒนธรรมตะวันออกปรัชญาของพุทธศาสนาได้ปรากฏทัศนะแบบองค์รวมที่ชัดเจนพุทธศาสนามองว่า “สิ่งทั้งหลายทั้งปวงเป็นธรรมชาติที่มีอยู่และ

เป็นไปตามธรรมดาในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยองค์ประกอบของเหตุปัจจัยที่มีการ
 ประสานกันครบถ้วนเป็นบูรณาการและสัมพันธ์กันถูกต้องพอดีทั่วตลอดทั้งองค์รวมจึงทำให้เกิดภาวะ
 สมดุลหรือดุลยภาพได้” สรุปได้ว่าองค์ประกอบแห่งเหตุปัจจัยของสิ่งประสานและสัมพันธ์กันอย่าง
 สอดคล้องพอดีทำให้องค์รวมมีดุลยภาพที่ชนะแบบองค์รวมถูกนำมาพิจารณาในด้านสุขภาพและชีวิต
 ตั้งแต่โบราณกาลเมื่อฮิปโปเครติส (Hippocrates) ประชาชนชาวกรีกเชื่อว่าร่างกายควรถูกมองแบบ
 ทั้งหมดมิใช่รักษาร่างกายบางส่วนเท่านั้นแต่ทว่าอิทธิพลของการศึกษาแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำ
 ให้แพทย์ให้ความสำคัญแต่ละส่วนของร่างกายและทำให้เกิดการรักษาโรคแบบแยกส่วนไปการแพทย์
 แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบตะวันตกมีที่ชนะแบบกลไกและแบบแยกส่วนแพทย์มิได้มอง
 ผู้ป่วยอย่างคนเต็มคนแต่อาจถูกแยกเป็นส่วนๆและมีแนวโน้มสนใจในมิติทางร่างกายแต่ชีวิตของผู้ป่วย
 ในมิติของจิตใจและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมถูกละเลยไปสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)
 เป็นการมองสุขภาพเชิงบวกจะให้ความสำคัญกับ “สภาวะของชีวิต (Wellness) แบบต่อเนื่อง”
 หมายความว่าถึงภาวะที่สมดุลสอดคล้องกลมกลืนและพึ่งพาอาศัยกันและกันในมิติทางกายมิติทางใจ
 และมิติทางจิตวิญญาณภายในสมดุลและระหว่างบุคคลจะมีการดูแลสุขภาพกายมีการแสดงออกด้าน
 จิตใจอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมีการใช้จิตวิญญาณเชิงสร้างสรรค์เพื่อเข้าร่วมกับสังคมอย่างมี
 จิตสำนึกดังนั้นหัวใจสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวมคือการที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองโดย
 พัฒนาที่ชนะแบบแผนการมีสุขภาพดี (Healthy Lifestyle) และมีตนเองเป็นผู้กำหนดเป็นผู้ได้รับผล
 และเป็นผู้ประเมินสุขภาพตนเองหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมการดูแลสุขภาพ
 แบบองค์รวมเป็นแนวคิดและแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพใน
 โลกยุคใหม่เพราะเหตุว่าแบบแผนความเจ็บป่วยของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อสู่โรคไม่
 ติดต่อและยังมีโรคที่มีสาเหตุเนื่องมาจากสภาวะแวดล้อมและมลพิษปัญหาอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจาก
 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสถานการณ์ด้านสุขภาพเช่นนี้จึงมีแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและแบบ
 แผนการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวทางเลือกใหม่และวิธีการทำงานแบบใหม่ในการเผชิญ
 สถานการณ์ดังกล่าวหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมประกอบด้วยสุขภาพคือ
 “สุขภาพของชีวิต (Wellness) แบบต่อเนื่อง” และสุขภาพแบบองค์รวมคือความสมดุลและความ
 กลมกลืนแบบต่อเนื่องในมิติทางกายทางจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมรอบตัวจากมุมมองแบบองค์รวม
 สุขภาพมิใช่การปราศโรคแต่ทว่าสุขภาพคือสภาวะของชีวิต (Wellness) หรือคุณภาพชีวิตทั้งหมด
 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการดูแลด้านกายอารมณ์และด้านจิตวิญญาณภายใต้สิ่งแวดล้อม
 รอบตัวได้อย่างสมดุลและกลมกลืนต่อเนื่องการป่วยเป็นการแสดงถึงความเสียสมดุลและความไม่
 กลมกลืนกันภายในและระหว่างกายมิติของชีวิตมนุษย์และเมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นการดูแลสุขภาพ
 แบบองค์รวมจะเปิดโอกาสให้หลากหลายวิธีการทั้งวิธีการรักษาโรคแบบเดิม (Modern Medicine)
 และวิธีการรักษาโรคแบบทางเลือก (Alternative Medicine) เข้ามาสู่กระบวนการปรับสมดุลของ

สุขภาพและสำหรับผู้ที่ให้การรักษาสภาพแบบองค์รวมจะมีเพียงให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏในปัจจุบันแต่จะสืบสาวไปถึงเหตุปัจจัยของความไม่สมดุลของสุขภาพและร่วมกับผู้ป่วยในการจัดสมดุลใหม่กับชีวิตทั้งหมดบุคคลเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพตนเองและ/หรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจากสมมุติฐานเกี่ยวกับศักยภาพของมนุษย์โดยกล่าวกันว่ามนุษย์ใช้ศักยภาพของตนเองเพียงร้อยละ 10 ของศักยภาพที่มีอยู่ทั้งหมดนอกจากนี้มนุษย์ยังเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติทำให้มนุษย์ซึมซับและสะสมพลังจากธรรมชาติที่สำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือบุคคลจะเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเองและนำมาใช้ในวิถีสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นกระบวนการสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความตระหนักในตนเอง (Self-Awareness) และความเข้าใจในตนเอง (Self Understanding) และเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยแพथหรือ นักวิชาชีพด้านสุขภาพจะกระตุ้นให้ตระหนักถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยและในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยเขาจะแสดงบทบาทรับผิดชอบต่อสุขภาพและการป่วยของเขาอย่างเต็มที่

กระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมผู้ที่ต้องการเริ่มการดูแลสุขภาพสามารถเริ่มได้ทันทีเพราะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอันเป็นผลจากตนเองหรือบางคนอาจขาดความเข้าใจต่อสุขภาพหรือมีอาจเข้าใจและตัดสินใจต่อความเจ็บป่วยทางกายเล็กน้อยที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือบางคนอาจระวนกระวายใจกดดันและไม่พอใจกับบางสิ่งในชีวิตบุคคลดังกล่าวข้างต้นสามารถเริ่มการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ซึ่งกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจำแนกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมการประเมินสุขภาพจะขยายมุมมองจากการประเมินสุขภาพปัจจุบันเป้าหมายแรกของการประเมินแบบองค์รวมคือการก่อรูปความสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างบุคคลและนักวิชาชีพ (แพทย์พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข) การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเน้นการประเมินที่คนต่อประสบการณ์การรักษาโรคหรือการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาในกระบวนการประเมินสุขภาพนี้เป็นการช่วยเหลือและกระตุ้นให้บุคคลสำรวจชีวิตตนเองสำรวจโลกภายในตนเอง (Inner World) โดยข้อมูลสำคัญคือทัศนคติต่อชีวิตและสุขภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรูปแบบชีวิตการทำงานรูปแบบของการเผชิญปัญหา (Coping Style) คุณค่าและประวัติสุขภาพของผู้ป่วยเป็นการย้อนถามตนเองและสำรวจตนเองเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตทั้งหมดและปรับตนเองเข้าสู่กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคตนอกจากนี้ในทางระบาดวิทยาอาจมีการประเมินปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นปัจจัยด้านโภชนาการปัจจัยด้านจิตวิทยาระดับความเครียดปัจจัยเสี่ยง (พฤติกรรมสุขภาพ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นต้นวิธีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมอาจใช้

แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์พูดคุยระหว่างบุคคลกับนักวิชาชีพหลังจากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้เพื่อการมีสุขภาพดี (Wellness Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลทั่วไปมีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและสร้างหนทางสู่สุขภาพดีด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายตนเองการเรียนรู้และการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายตนเองเป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพที่สำคัญซึ่งช่วยกระตุ้นพลังธรรมชาติภายในตนเองช่วยให้เกิดการปรับปรุงและเสริมสร้างภายในตนเองพร้อมทั้งส่งผลบวกต่อชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้การผ่อนคลายและการควบคุมตนเองยังเป็นประสบการณ์ที่ทรงพลังอันจะช่วยสร้างให้เห็นคุณค่าของตนเอง (Self - Esteem) และฝึกในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (Self Management) เทคนิคการผ่อนคลายตนเองมีหลายประเภทสามารถศึกษาและเลือกสรรให้เหมาะสมกับภาวะร่างกายและความชอบของตนเองตัวอย่างเทคนิคการผ่อนคลายคือการตอบสนองเพื่อผ่อนคลาย (Relaxation Response) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Relaxation) การฝึกสมาธิ (Meditation) การเสริมสร้างความสุขจากภายใน (Guided Imagery) การตอบกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาชุดโครงการเพื่อการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเมื่อบุคคลได้ประเมินสุขภาพตนเองและผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายแล้วหลังจากนั้นบุคคลสามารถพัฒนาชุดโครงการเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมภายใต้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนของนักวิชาชีพการสร้างความตระหนักรู้และฝึกฝนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสามารถทำได้ในลักษณะกลุ่ม (Self-Help Group) หรือลักษณะเฉพาะบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของบุคคลการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจำแนกเป็น 4 ด้านคือความรับผิดชอบตนเอง (Self-Responsibility) ความตระหนักร่างกาย (Physical Awareness) ความตระหนักด้านจิตใจ (Stress Awareness) ความตระหนักด้านอาหาร (Nutrition Awareness) ความตระหนักทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Sensitivity) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเมินสุขภาพตนเองในการสร้างวิถีสุขภาพแบบองค์รวมในแต่ละด้านจึงจำเป็นต้องกำหนดรูปธรรมหรือกิจกรรมสำหรับตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด(การเสริมวิถีคิดเชิงบวก) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นต้นหลังจากพัฒนาเป็นชุดโครงการที่ชัดเจนแล้วการปรึกษาหารือเพื่อหาหนทางให้ชุดโครงการสามารถปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับชีวิตจริงมีความจำเป็นบางกรณีชุมชนจะมีบทบาทเอื้ออำนวยและให้ความสะดวกเช่นการอบรมทักษะที่จำเป็นชุมชนควรมีสวนสาธารณะเป็นต้นจึงจะทำให้ชีวิตของคุณเข้าสู่วิถีสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข, 2540) ได้กำหนดความมีสุขภาพดีดังนี้

- Skills)
1. สถานะทางสังคม (Income and Social Status)
 2. ความมีเครือข่ายสังคมที่คบหา (Social Support Networks)
 3. การศึกษา (Education and Literacy)
 4. การทำงาน (Employment Working Condition)
 5. สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment)
 6. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)
 7. งานอดิเรกการใช้เวลาว่าง (Personal Health Practices and Coping)
 8. พัฒนาการในวัยเด็ก (Health Child Development)
 9. ปัจจัยทางชีววิทยาและยีน (Biology and Genetic)
 10. การใช้บริการสุขภาพ (Health Services)
 11. เพศเชื้อชาติผิวพรรณ (Gender)
 12. ประเพณีวัฒนธรรม (Culture)
- กลไก 10 ประการในงานสปาเพื่อสุขภาพ (Domains of SPA Experience)

เป็นหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้แก่

1. น้ำ (Water)
2. โภชนาการ (Nourishment, Food, Diet & Nutrition)
3. การออกกำลังกาย (Movement, Exercise & Fitness)
4. การนวดบำบัด (Touch, Massage & Body Work)
5. การบำบัดร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ (Mind, Body & Spirit)
6. การดูแลสุขภาพผิว (Aesthetics & Skin Care Natural Beauty Agents)
7. พื้นที่ขอบเขตที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (Physical Space, Climatology & Global Ecology)
8. ศิลปะวัฒนธรรมประเพณี (Social, Cultural Arts and values & SPA Culture)
9. การบริหารจัดการ (Management, Marketing & Operation)
10. ระยะเวลาความถี่ในการใช้บริการ (Time, Rhythm & cycles)

โดยสรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม HOLISTIC HEALTHเป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้เดิมกับความรู้เสริม เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดี และป้องกันรักษาโรค ปัจจุบันได้นำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไปใช้ในการรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นการแพทย์แบบองค์รวมขึ้น (Holistic Medicine) การแพทย์แบบองค์รวมได้รับความนิยมน้อยแต่แพร่หลายในหลาย

ประเทศ เปรียบเสมือนปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งจะพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มุ่งเน้นไปที่การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรค เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพ จากเชิงรับมาเป็น เชิงรุกและไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิธีใดวิธีหนึ่ง หากแต่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย

1. มิติทางกาย เป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไปทางกายของมนุษย์ ทั้งภายใน ภายนอก และรวมถึงสภาพแวดล้อมรอบตัว มิติทางกายจะยึดเอาความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ไม่เจ็บป่วยเป็นสำคัญ โดยมีอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ สมรรถนะทางกาย ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพได้

2. มิติทางจิต เป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นภาวะอารมณ์ที่แจ่มใสร่าเริง ผ่อนคลายไม่ตึงเครียด รู้สึกมีความสุขและปลอดโปร่ง โดยที่มีหลักการจัดการกับสภาวะความเครียดไม่ให้เกิดวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้นเป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

3. มิติทางสังคม เป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาวะโดยทั่วไปทางสังคม ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสภาพสังคมที่มีความผาสุกทั้งระดับครอบครัว สังคม และชุมชน โดยที่แต่ละระดับมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สมาชิกในสังคมนั้นๆ มีความเอื้ออาทรต่อกัน จัดระบบบริการจากภาครัฐที่มีความเสมอภาคกัน สิ่งเหล่านี้จัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพทางสังคมที่ดีได้

4. มิติทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณ เป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวกับการมีความรู้ เฉลียวฉลาด รู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดแรงศรัทธาต่อตนเองและมีความหวังต่อความสำเร็จที่จะทำให้ตนเองมีความสุขตามสภาพด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมของมนุษย์อย่างสมบูรณ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคมีจำนวนไม่มากนักซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 การดูแลสุขภาพ

บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ (2549) ได้ศึกษาถึงการตรวจภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของพระธุดงค์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเนื่องในเทศกาลวันวิสาขบูชา ประจำปี

พ.ศ. 2549 จำนวน 308 รูป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่า ในส่วนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับแข็งแรงดี ร้อยละ 47.9 ความเข้มข้นของโลหิตต่ำกว่าค่าปกติร้อยละ 38.9 มีน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 2.0 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 54.5 มีภาวะโภชนาการโดยมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 43.6 และ 20.0 ผลเอ็กซเรย์ปอดพบว่ามีความผิดปกติร้อยละ 3.0 สุขภาพช่องปากมีปัญหา ร้อยละ 60.0 ผลการตรวจคลื่นหัวใจพบความผิดปกติร้อยละ 20.0 รวมทั้งมีภาวะต่อมลูกหมากโตรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 73.2 และมีภาวะกระดูกบางร้อยละ 19.1 สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 39.0 และสูบบุหรี่เกิน 20 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 10.2 พฤติกรรมการฉันทานอาหารวันละ 1 มื้อ ร้อยละ 50.6 โดยได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 47.6 ดื่มน้ำบรรจุขวดร้อยละ 50.0 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นบางครั้งร้อยละ 86.7 และดื่มทุกวันร้อยละ 4.0 พฤติกรรมการขับถ่ายจะไปทุ่ง ร้อยละ 50.3 และไม่สวมรองเท้าเดินรูดงค์ ร้อยละ 78.7 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 1.5 และโรคกระเพาะอาหารร้อยละ 1.2 เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพระหว่างปี 2548 และปี 2549 พบว่า ปี 2549 พระชุตงค์มีภาวะโภชนาการเกินสูงขึ้นจากเดิม มีภาวะกระดูกบางเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพโดยสูบบุหรี่ทุกวันและดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่มขึ้นจากปี 2548 การบริการตรวจสุขภาพครั้งนี้พระชุตงค์มีความพึงพอใจต่อการบริการตรวจสุขภาพในระดับมากร้อยละ 78.9 และเห็นว่าควรมีการจัดบริการตรวจสุขภาพทุกปีสูงถึงร้อยละ 98.2 รวมทั้งการให้ความรู้เป็นบริการที่ดีมากร้อยละ 80.0 พระสงฆ์มักไม่ค่อยได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษา ในขณะที่ปี 2547 ได้มีการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ พบว่าร้อยละ 60.5 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง มีน้ำหนักเกิน มีปัญหาโลหิตจาง มีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

ภัทรพล ตันเสถียร (2550) ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 227 รูป โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36V2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 โดยตัวแปรด้านอายุและจำนวนชนิดของโรคเรื้อรังที่เป็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ส่วนการสนับสนุน ทางสังคมมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากญาติโยม และครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยิ่งรายงานอีกว่าพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสหธรรมิก และครอบครัวญาติโยมในระดับสูง และจากผู้บังคับบัญชาในระดับปานกลางมีความเครียดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา จากสหธรรมิก การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและญาติโยม ปัจจัยที่ได้รับการบริจาคและนิยตภัต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด आयुมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการปัญหาการสนับสนุนทางสังคมจาก

ผู้บังคับบัญชาสามารถร่วมทำนายความเครียด ได้สูงสุด ส่วนการจัดการด้านอารมณ์กับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายได้ความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ได้ร้อยละ 20.8 สรุปได้ว่า พระสงฆ์ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพระสังฆาธิการ ครอบครัว ญาติโยม และสหธรรมิก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

จาริณี ยศปัญญา และ วันเพ็ญศิวารมย์ (2550) ได้ทำการศึกษา สภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ผลการศึกษา พบว่า พระภิกษุสามเณรมีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 69.5 รอบเอวปกติร้อยละ 98.3 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเก๊าท์และเบาหวาน ในเรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสามเณร หลังจากการดำเนิน การจัดเสวนาเรื่องการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ สามเณร และถวายคู่มือการดูแลสุขภาพองค์รวมสำหรับพระสงฆ์ สามเณร พบว่า พระสงฆ์ สามเณร มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวม ในเรื่องอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ สามเณร ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่การสูบบุหรี่ ก่อนดำเนินการมีการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 30.5 หลังดำเนินการลดลงเหลือร้อยละ 28.8 การใช้ช้อนกลางตักอาหาร ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติ ร้อยละ 50.0 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.05$) ในเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่พระสงฆ์ สามเณร โดยชุมชน พบว่า อาหารที่นำมาถวายพระส่วนใหญ่ญาติโยมที่นำมาถวายปรุงประกอบเองร้อยละ 68.4 ประเภทของอาหารที่นำมาถวายพระสงฆ์ สามเณร ส่วนมากเป็นอาหารประเภทต้ม แกง รองลงมาเป็นอาหารประเภทผัก ในส่วนของความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการและสุขวิทยาส่วนบุคคลของญาติโยมที่ปรุงประกอบอาหารมาถวายพระสงฆ์ สามเณรเป็นประจำ พบว่ามีความรู้ในเรื่อง การหยิบจับภาชนะอุปกรณ์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การล้างมือ การจัดเก็บอาหารสดและอาหารแห้ง ตามลำดับ ในส่วนสถานการณ์ การพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวัด โดยภาพรวม วัดทุกแห่งมีสภาพแวดล้อมด้านความสะอาดร่มรื่นที่สอดคล้องกับมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องได้ยกระดับมาตรฐานบางเรื่องให้ดีขึ้น เช่น การปรับปรุงโรงครัว การปรับปรุงห้องน้ำ เป็นต้น

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ญาณวิสุทโธ) (2551) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ผลการวิจัยพบว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาลเป็นโรคทั่วไปที่เกิดจากการดำรงชีวิตในป่า เช่นเป็นไข้ โรคหวัดโรคเป็นต้น พบว่ายังมีโรคทางใจและปัญหาที่เกิดจากกิเลสได้แก่โลภะ โทสะและโมหะ พระพุทธศาสนาสอนปฏิบัติขึ้นเพื่อรักษาโรคทางใจและปัญหา สำหรับพระสงฆ์ไทยในปัจจุบันซึ่งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปเช่นจากการพักอาศัยในป่ากลายเป็นการพักอาศัยในวัด การรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรเป็นการรักษาสุขภาพในสถานบริการสุขภาพของ

รัฐและของเอกชนเช่นโรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบันเกิดจากการดำเนินชีวิตหรือเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฉันอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องรวมถึงการฝึกจิตภาวนา วิธีดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ในปัจจุบัน คือ 1.สุขภาพทางกายเป็นเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การฉันอาหารพิจารณาอย่างรอบคอบ รู้จักประมาณในการบริโภค การออกกำลังกายโดยการกวาดวิหารลานเจดีย์เป็นต้น 2.สุขภาพทางจิตได้แก่การผ่อนคลายอารมณ์ทำกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ การทำวัตรสวดมนต์ เดินจงกรม ทำสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอ การแก้ไขปัญหตามหลักอริยสัจสี่ 3.สุขภาพทางสังคมได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างสังฆมพระสงฆ์ด้วยกันโดยปฏิบัติตามพระธรรมวินัย ความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับชาวบ้านโดยการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณเป็นผู้นำในการพัฒนา 4.การดูแลสุขภาพพาปัญญาให้เจริญงอกงามตามหลักปัญญาวุฒิชรรมสี่ จึงจะบรรลุผลสุขภาพะที่ประณีตยิ่งขึ้น

พระพิพัฒน์ อภิวัตน์ (2554) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดแพร่ มีจุดประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ 2) เพื่อศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดแพร่ โดยจำแนกตามอายุ พรรษา ระดับการศึกษา สภาพที่ตั้งวัด และ 3) เพื่อนำเสนอแนวทางในการป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ โดยใช้แบบสอบถามกับพระสงฆ์จำนวน 262 รูป การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std. Deviation) ค่าสถิติทดสอบที (t-test) ค่าสถิติทดสอบเอฟ (One - Way Anova : F - test) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ผลจากการศึกษา พบว่า พื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ มีความรู้ในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด $\bar{X} = 1.85$ รองลงมา คือ ด้านอนามัย $\bar{X} = 1.80$ ด้านอาหาร $\bar{X} = 1.79$ ด้านอากาศ $\bar{X} = 1.73$ ด้านอารมณ์ $\bar{X} = 1.65$ และด้านการออกกำลังกาย $\bar{X} = 1.64$ โรคประจำตัวที่พระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ เป็นมากที่สุด คือ โรคปวดหลัง ปวดเอว ข้อเสื่อม ร้อยละ 30.53 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.81 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพโดยรวมเมื่อจำแนกตามอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การศึกษา และที่ตั้งวัด ของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ แยกออกเป็นรายด้าน พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดแพร่มีการดูแลสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองในด้าน อาหาร อากาศ อารมณ์ และการออกกำลังกาย ยังอยู่ในระดับปานกลาง และการข้องเกี่ยวกับอนามัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ผลจากการทดสอบสมมติฐานโดยรวมแล้ว พบว่าพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดแพร่ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนั้น

แนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหา จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และควรจัดสภาพแวดล้อมในบริเวณวัดให้มีสภาพแวดล้อมที่บริสุทธิ์ เป็นเขตปลอดบุหรี่และอบายมุขทั้งปวง จัดให้มีการถวายความรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในวิถีทางที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการเลือกฉันภัตตาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยการจัดทำคู่มือสุขภาพ สื่อประชาสัมพันธ์ หรือจัดตั้งศูนย์สุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดของเจ้าคณะผู้ปกครองในแต่ละจังหวัด เพื่อให้ได้แนวทางในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุชาดา วงศ์สืบชาติ (2555) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร :กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.03$) ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานครพบว่าพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 235 รูป ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ไม่มีอาการเจ็บป่วย 158 รูป ป่วยเป็นโรคไข้มันในเลือด แพ้อากาศ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ 77 รูป การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร พระสงฆ์ ในกรุงเทพ-มหานคร มีระดับการดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับนานๆ ครั้ง ($\bar{X} = 3.03$) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานครพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ในการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร ที่มีพรรษาต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ในการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่พักประจำอยู่ที่วัดต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับข้อมูลที่มีผลต่อสุขภาพต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ

2. พฤติกรรมสุขภาพ

อภิรักษ์ คำเสนาะ (2549) ได้ศึกษาการครองชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานีในกลุ่มพระสงฆ์ 4 ตำบล ได้แก่ การบริโภคอาหาร การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การบริหารจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มตัวอย่างได้แก่พระสงฆ์จำนวน 280 รูป จำพรรษาใน 45 วัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดกลุ่มเข้าเป็นประเด็น และการแปลความผลการศึกษาพบว่า ภูมิหลังของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี และจำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย 5.30 พรรษา ระดับการศึกษาทางโลกส่วนมาก ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 71.42 ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนมาก นักรธรรมชั้นเอก ร้อยละ 48.57 วัดอุประสงคิในการบวชส่วนมาก บวชเพื่อมีโอกาสศึกษาต่อ ร้อยละ 37.14 สำหรับการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพคือการซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 24.64 ส่วนความเห็นเกี่ยวกับการครองชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดีสรุปได้ว่าจากผลการศึกษาภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในรอบหลายปีที่ผ่านมาพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเกือบทุกด้านและอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอีกเป็นจำนวนมากซึ่งปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของพระสงฆ์เองและการไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

แอนนา สุมะโน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้น 6 เดือน ณ คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลอวุดมอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี อายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 รายกลุ่มควบคุม 25 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ร่วมกับการจับคู่ตัวแปรเพศและอายุ คือ เพศเดียวกันและอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด เมื่อเริ่มการทดลองได้เยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์รวม 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2549-มีนาคม 2550 ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.82 และค่าความเที่ยง 0.87 สถิติวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบสมมุติฐาน คือ สถิติ (t-test) และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 2.54$, $p\text{-value} = .01$) โดยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มควบคุม ($M = 1.60$, $SD = 0.24$ และ $M = 1.37$, $SD = 0.32$ ตามลำดับ) แต่อัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น (2 เดือนหลังเริ่มยา) ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Fisher's Exact Test = 3.24, $p\text{-value} = .12$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมมีความหมายต่อผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งได้แก่บ้านนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้น พยาบาลชุมชนที่โรงพยาบาลอ่าวอุดมอำเภอสรีราชาสามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้านได้ สำหรับพยาบาลชุมชนในหน่วยงานสาธารณสุขอื่น สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างการรับรู้ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้เช่นกัน แต่การที่อัตราการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคในระยะเข้มข้นไม่แตกต่างกันนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการรักษา จึงควรติดตามตรวจเสมหะผู้ป่วย เมื่อรักษาครบ 6 เดือน

ศทาวุฒิ มีมุก และคณะ (2551) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอยุหะคีรีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพระสงฆ์ในอำเภอยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งดำเนินการสอบถามจากพระสงฆ์ที่จำพรรษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 พรรษา จำนวน 200 รูปในอำเภอยุหะคีรี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2551 โดยครอบคลุมข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ตามกรอบการสร้างสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อโรคยา, อาหาร, อนามัยสิ่งแวดล้อม, อบายมุข, ออกกำลังกาย และอารมณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ความถี่ และค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาปรากฏว่า พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยก่อนบวชร้อยละ 24.5 ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.57 รองลงมาคือโรคเกาต์ ร้อยละ 12.24 ส่วนภาวะสุขภาพหลังบวชพบว่า พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ยังเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.07 แต่รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.79 อีกทั้งยังพบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 98 มีพฤติกรรมการฉันอาหารไม่เหมาะสม และมีสุขอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่ถูกต้อง ร้อยละ 82.5 ในด้านอบายมุข พบว่าก่อนบวชพระสงฆ์มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60 และ สูบบุหรี่ ร้อยละ 61 และภายหลังจากบวชพบเพียงการสูบบุหรี่แต่ลดลงเหลือร้อยละ 48 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายที่มีความสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.5 และด้านอารมณ์ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การมีสุขภาพจิตดี สามารถจัดการความเครียดได้เหมาะสม ร้อยละ 64 แม้ว่าไม่มีพระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพผ่านตามเกณฑ์ทั้ง 6 อ. แต่พบว่าวัตร

ปฏิบัติของพระสงฆ์สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้ เช่นการนั่งสมาธิ การกำหนดรู้ (ปัจเวก) การศึกษาพระธรรมวินัย ซึ่งช่วยลดปัญหาสุขภาพจิต ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านอบายมุข แต่ที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับบิณฑบาตอาหาร และข้อจำกัดของสภาพที่อยู่อาศัยรวมถึงสุขอนามัยส่วนบุคคล มีส่วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยกำหนดกิจกรรม และวิธีการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้พระสงฆ์ ส่งเสริมสภาพแวดล้อมภายในวัด รวมทั้งสนับสนุนให้พระสงฆ์ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนร่วมกันดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยการสร้างเจตคติในการถวายอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

สุวิมล พลวรรณ (2552) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสระบุรี ประเทศไทยว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ สามเณร อาพาธที่รับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์กลับมาสูบบุหรี่หรือกร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่กลับมาสูบบุหรี่เพราะจิตใจไม่เข้มแข็ง อดไม่ได้ หยุคสูบลแล้วหงุดหงิด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ อายุ ระยะเวลาบวช และพบว่า พระสงฆ์มีสุขภาพจิตในลักษณะที่เป็นปัญหาร้อยละ 33.89 โดยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ พระสงฆ์มีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 44.92 และยังพบว่า พระสงฆ์มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยร้อยละ 36.72 ซึ่งสรุปได้ว่า พระสงฆ์มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจร้อยละ 33.89 โดยสรุป พระสงฆ์ในประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 50 ยังคงสูบบุหรี่ ในภาพรวมของทั้งประเทศเป็นร้อยละ 24.4 เมื่อจำแนกเป็นรายภาค พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 40.5, 40.2, 33.5 และ 29.7 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 22.8, 20.4 และ 14.6 ตามลำดับ พระสงฆ์บางรูปฉันยาแก้ปวดพาราเซตามอลครั้งละ 6 เม็ด ต้มกาแฟวันละ 8 แก้ว และร้อยละ 10.2 ต้มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน ต้มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ฉันอาหารที่มีรสจัด หวานจัด มีแป้งและไขมันสูง ออกกำลังกายน้อย มีระดับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 54.5 มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 43.6 และร้อยละ 20.09 ตามลำดับมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 60.0 มีภาวะต่อมลูกหมากโตเล็กน้อยร้อยละ 73.2 ขึ้นไป คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 ปี พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเก๊าท์ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ส่วนการเจ็บป่วยที่พระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศต้องไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข อันดับที่หนึ่ง คือโรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 15.39 อันดับสอง คือ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคใน ช่องปาก ร้อยละ 13.25 อันดับสาม คือ โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม ร้อยละ 9.49

อันดับสี่ คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต ร้อยละ 8.50 และอันดับห้า คือ โรคตา รวมส่วนประกอบของตา ร้อยละ 6.47 ส่วนใหญ่ พระภิกษุ และสามเณรที่ได้รับการรักษามีอายุพรรษาเฉลี่ยมากกว่า 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.40 และเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.63 พระสงฆ์มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ พระสงฆ์มีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 44.92 และยังพบว่า พระสงฆ์มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยพบ ร้อยละ 36.72 พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเครียดสูงกว่าปกติร้อยละ 54.3 และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการรักษา ปัจจัยที่ได้รับ การบริจาคและนิยภัต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด ภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ที่ดีจะต้องได้รับการอบรมถวายความรู้ จะทำให้พระสงฆ์มีแนวทาง และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตคนในชุมชน ทำให้มีเครือข่ายการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากวัด พฤติกรรมของพระสงฆ์ไม่ต่างจากสุขภาพวัยผู้ใหญ่ (อายุ 21-45 ปี) ที่ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ และเห็นว่าที่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลาว่าง หนื่อย อายากพักผ่อน ทำงานหนักก็ออกกำลังกายเพียงพอแล้วและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อ อุปกรณ์ออกกำลังกาย มีค่านิยมสุขภาพหรือเหมือนผู้ชายทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการ รักษาพยาบาลเองโดยไม่ไปพบแพทย์

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของ พระสงฆ์ในเขตภาคใต้ตอนบน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์ในเขตภาคใต้ตอนบนและเพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ พระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาในเขตจังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานีและ นครศรีธรรมราช จำนวน 368 รูป จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเทียบกับตารางความสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง กับจำนวนประชากรของ Krejcie & Morgan เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.87 เก็บข้อมูลกลับได้ 314 ชุดคิดเป็นร้อยละ 85.32 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบค่า t-test และค่า F-test ในกรณีมีความแตกต่าง ทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD และ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ พระสงฆ์ โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าพระภิกษุรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.61$) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับ ปานกลางค่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 3.21$) พระภิกษุที่มีอายุ มีพรรษา มีระดับการศึกษาทางโลก และ ระดับการศึกษาทางธรรม (แผนกบาลี) ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน ส่วนพระภิกษุที่มี ระดับการศึกษาทางธรรม(แผนกธรรม) และจำพรรษาอยู่ในวัดที่มีสถานที่ตั้งต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บรรจง จาดบุญนาถ (2552) ได้ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรคปอดของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติ 5 แนวปฏิบัติที่เหมาะสมคือ (1) แนวปฏิบัติในการประเมินการขาดยา (2) แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วย (3) แนวปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของยา (4) แนวปฏิบัติในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (5) แนวปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทดลองนำไปใช้กับผู้ป่วย 5 ราย พบว่ามีความพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย

วงจันทร์ จิตเพียร (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณี ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Care Map) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องโดยทีมเจ้าหน้าที่วิชาชีพที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่หายขาดทั้ง 5 ราย สามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาและสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อการดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด สำหรับทีมเจ้าหน้าที่วิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดนครนายก การศึกษาเป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก จำนวน 341 รูป จากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจำนวน 5 ชุด ได้แก่ 1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ของตัวแปรสัมพันธ์สหสัมพันธ์ที่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยเชิงพหุแบบพิจารณาตัวแปรต้นพร้อมกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาบวช 1 ปีถึงมากกว่า 60 ปี ปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรรไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรทำนายในการวิเคราะห์ถดถอยสามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 50.7 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองอธิบายความแปรปรวนดังกล่าวได้มากที่สุด รองลงมาคือการเสพสารเสพติด

อายุเมื่อเริ่มเสพสารเสพติด อายุและจำนวนพรรษาที่บวชซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มนี้ควรเน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

บุญดา สิ้นสุนทร (2553) ได้ศึกษา การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในชุมชน ได้ศึกษาพบว่าการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่สร้างขึ้น (Care Map) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องครบตามแนวทางการรักษาคือ 6 เดือน ผลการรักษาหายขาดจากผลการตรวจเสมหะเป็นลบ 3 ครั้งสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัว และในชุมชน จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

พรพิมล จิตธรรมมา (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกริยาของผู้ป่วยวัณโรคกรณีศึกษาอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจะเป็นคนควบคุมกำกับการยินยาวัณโรคเอง สิ่งสนับสนุนว่าผู้ป่วยจะกินยาได้ต่อเนื่องหรือไม่ประกอบด้วย (1) ยา ซึ่งประกอบด้วย จำนวน ขนาดของเม็ดยา และผลข้างเคียงของยา (2) สภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง มีโรคประจำตัว เช่น หอบหืดเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (3) อายุของผู้ป่วย เช่น กรณีที่เป็นเด็ก หรือผู้สูงอายุ (4) คิดว่าตนเองหายแล้วในช่วงหลัง 3 เดือน (5) สภาพเศรษฐกิจ การเดินทาง และค่าใช้จ่าย และในช่วง 2 อาทิตย์แรกที่เป็นระยะเวลาที่สำคัญในการที่จะรักษาและยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อ ยังเป็นปัญหาอย่างมาก

เดชา บัวเทศ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยใน 3 จังหวัด รวม 9 วัด โดยอยู่ในเขตเมือง เขตกึ่งเมืองและเขตชนบทคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 224 คน ประกอบด้วยพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข กรมการศาสนา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสังเกต แบบสำรวจแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ในอดีตวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ เป็นการดูแลสุขภาพในมิติของชุมชน สังคม วัฒนธรรม และประเพณี อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรรม เข้าวัดทำบุญ มีระบบความเชื่อในเรื่องของบาปบุญคุณโทษ เคารพผู้สูงวัย สัมพันธภาพในชุมชนมีลักษณะของความเอื้ออาทร มีความเป็นอยู่เสมือนเครือญาติ ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับวัดเป็นลักษณะวัดเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ทำให้เกิดความสนิทสนมกันมาก มีความเป็นอยู่เสมือนเครือญาติ แต่ในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่หันเข้าไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนเริ่มห่างเหิน มีความขัดแย้งพระสงฆ์ต้องพึ่งตลาดในเมืองเป็นที่บิณฑบาต ส่งผลให้พระสงฆ์สามเณรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง โรคปวดข้อและข้ออักเสบ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ออกกำลังกายน้อย มีเฉพาะการเดินบิณฑบาตเท่านั้น และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์จะเลือกไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนมากกว่าไปโรงพยาบาลหรือสถานีนามัย เพราะต้องรอนานและเข้าคิวรอตรวจรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน ปัจจุบันมีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ วัด/คณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา และพระสงฆ์ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาวัดด้วยกิจกรรม 5 ส. และการใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพการส่งเสริมให้พระสงฆ์ และวัดมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด และดำเนินกิจกรรมวัด 5 ส. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้พระสงฆ์มีการดูแลสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรงสามารถดำรงได้

จิตรา นนท์ โกสีย์รัตนภิบาล (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของพระสงฆ์ที่มารับบริการที่ตึกสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดสกลนคร ปี 2554 การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงที่เป็นพระสงฆ์ที่มารับการรักษาที่ตึกสงฆ์อาพาธโรงพยาบาล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เป็นแบบสอบถามเรื่องความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยงของแบบสอบถามเรื่องความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงเท่ากับ 0.81, 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ

สุนันท์ แสงทรัพย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก ทำการศึกษาระหว่างธันวาคม 2553-เมษายน 2554 กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก จำนวน 347 รูป ซึ่งสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการตรวจคัดกรองสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิตและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดย ค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น ลิโพวิตันตี กระทั่งแดง ฯลฯ ร้อยละ 60.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภูมิแพ้และ ภาวะอาหารอ้วน ร้อยละ 21.3, 11.8, 9.6 และ 7.4 ตามลำดับ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 มีทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 และมีพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางร้อยละ 70.6 ปัจจัยเสริมได้แก่ สภาพภายในวัดและภายนอกวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 64.3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.164$, $p\text{-value}=0.002$) ระดับการศึกษา และประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.284$ และ 0.331 ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในวัดและการใช้เวลาว่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกระดับต่ำ ($r =0.239$ และ 0.430 ตามลำดับ) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าอาวาส เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติโยม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากสื่อและสิ่งพิมพ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประนอม นพคุณ (2555) ได้ทำการศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า 1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อประสม มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากพยาบาลในหน่วยงานด้วยวิธีการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังการสอนด้วยสื่อประสม สูงกว่าก่อนการสอนด้วยสื่อประสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยสื่อประสม โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

ไพรัช ม่วงศรี (2555) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ให้ข้อเสนอแนะว่าข้อเสนอแนะ คือ สถานบริการสาธารณสุขควรมุ่งนำแผนการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสมโดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน และควรใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านให้มากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ด้วยตนเองและผลการตรวจเสมหะเป็นลบได้มากขึ้น

ปรียา สีนุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร พบว่า ผลการวิจัย จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมวัณโรคในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมจึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค ดังนี้ 1) การค้นหา

ผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว 2) การรักษามีประสิทธิภาพตามระบบ DOTS 3) การควบคุมรังโรค และการทำลายสิ่งปฏิภูลในชุมชน 4) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวัง การป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งผลจากการนำแนวทางพัฒนามาใช้ พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการการควบคุมวัณโรค ทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการควบคุมวัณโรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

สุชาดา วงศ์สืบชาติ (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ใน กรุงเทพมหานคร :กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1.เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ 2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่พระสงฆ์จากวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญทั้งหมดจำนวน 235รูป เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) สอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่า t-test และค่า F-test ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 ตัวแปร (F- distribution) ความน่าจะเป็น ระดับชั้นแห่งความอิสระ ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัว ยกกำลังสอง ค่าเฉลี่ยของความแปรปรวน ยกกำลังสอง ผลการวิจัย การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.03$) ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 235 รูป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการเจ็บป่วยจำนวน 158 ป่วยเป็นโรตไขมันในเส้นเลือด แพ้อากาศ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ จำนวน 77 รูป การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครมีระดับการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ครึ่ง ($\bar{X} = 3.03$) เปรียบเทียบระดับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครที่มีอายุต่างกัน มีระดับการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน ในการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่มีพรรษาต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แตกต่างกันใน การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของ

พระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ พระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร ที่พักประจำอยู่ที่วัดต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ พระสงฆ์ใน กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับข้อมูลที่มีผลต่อสุขภาพต่างกัน มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในทุกๆ ข้อ

วิชชุดา เทียนเจษฎา และเชิดชัย สุนทรภาส (2555) ได้ศึกษาการจัดการและ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้ศึกษาเชิงสังเกตแบบ ย้อนหลังในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2552 โดยระบบการจัดการผู้ป่วยวัณโรคประกอบด้วย การจัดให้มีคลินิกผู้ป่วย วัณโรค และให้บริการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ เก็บข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยการวินิจฉัย และ การรักษาวัณโรคจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติไค-สแควร์และ การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคเข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 124 ราย เป็นเพศชาย 83 ราย (ร้อยละ 66.9) เพศหญิง 41 ราย (ร้อยละ 33.1) เป็นวัณโรคปอดวัณโรคนอกปอด และวัณโรคปอดร่วมกับวัณโรคนอกปอด จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 83.1) 20 ราย (ร้อยละ 16.1) 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการตรวจดั่งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นบวกเมื่อเริ่ม รักษาจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 57.3) ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอด จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 72.6) และผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบจำนวน 107 ราย (ร้อยละ 86.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 87.1) ได้รับสูตรยารักษาวัณโรค 2HRZE(S)/4HR ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบ ส่วนใหญ่คือ ขนาดการใช้ยาไม่เหมาะสมจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคืออาการเกิดการ ไม่พึงประสงค์จากยาจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 15.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาต่อเนื่องจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 91.9) และมีการรักษาสำเร็จจำนวน 112 ราย (ร้อยละ 90.3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงลบกับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.05$) ได้แก่ ผลการตรวจ เอชไอวีเป็นบวก ขนาดยา Rifampicin ที่ต่ำกว่าขนาดการรักษา และความไม่ต่อเนื่องในการรักษา ของผู้ป่วย สรุปผลได้ว่าการดำเนินการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวดเป็นไปตาม แนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติและมีความสำเร็จในการรักษาอยู่ในระดับสูง

ธัญพร ปานสุวรรณ (2556) ได้ทำการศึกษาการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า เงื่อนไขที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ ลักษณะอาการที่เรื้อรังและหรือมี ความรุนแรง ความรู้ เกี่ยวกับวัณโรค แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สิทธิการรักษา และระยะทาง จากบ้านถึงสถานบริการ ส่วนการรับรู้ว่าเป็นโรคไม่รุนแรง กลัวว่าจะเป็นโรคร้าย หรือกลัวการไป

โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือไม่มีสิทธิการรักษา เป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อความล่าช้าในการไปรับการรักษาที่คลินิกของผู้ป่วย

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นแล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว ไขมันในเลือด และข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาล โดยพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีพระสงฆ์ร้อยละ 31.88 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ มีเพียงเล็กน้อยที่ทำประกันชีวิต พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่าส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์รวมในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านร่างกายซึ่งมีการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากการประเมินพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ ต้องการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนา ต้องการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี เมื่ออาพาธและพระสงฆ์ที่สูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ใช้การบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนา เข้ากับหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบการสาธารณสุขว่าสสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แบ่งการดูแลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยทั้งหมดอยู่ในหลักการของการดูแลสุขภาพองค์รวม และมีการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานมีการจัดระบบบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ได้แก่ปัญหาในส่วนขาดและความต้องการของพระสงฆ์ และหลังจากที่ได้ดำเนินการตามแผนกระบวนการวิจัยแล้ว เว้นช่วงเวลา 6 เดือนได้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการในทุกมิติ

ฐานิญา แสนศรี (2558) ได้ศึกษาสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2558 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกตจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ขาดยาในการรักษาระยะเข้มข้น ผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการแพ้ยา ซึ่งการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มีแก่ผู้ป่วยในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญ พบในช่วงอายุ 30-40 ปี และมากกว่า 60 ปี เหตุที่คนวัยแรงงานขาดยาจากการสัมภาษณ์พบว่าเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ไปอยู่ต่างถิ่น เปลี่ยนสิทธิ์ในการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ทราบแผนการรักษาของแพทย์อาจด้วยสภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุ หูตึง ทำให้ไม่ทราบ ไม่เข้าใจเรื่องโรคและระยะเวลาในการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยเกือบจะขาดยาไม่ทราบแผนการรักษาของแพทย์มากถึง ร้อยละ 66.66 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเงื่อนไขที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาบางคนเนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมร้อยละ 100 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาตามนิยามมีปัญหาการเดินทางไปพบแพทย์ร้อยละ 50

2. งานวิจัยต่างประเทศ

โวลมินท์ Volmink (1997) ได้ทำการศึกษา Systematic Review of Randomized Controlled Trails of Strategies to Promote Adherence to Tuberculosis Treatment เพื่อประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านวัณโรคจากฐานข้อมูล Medline (1966-August 1996) Cochrane Trails Register (Up to October 1996) และ LILACS (Literatura Atinoamericanay Del Carbe en Ciencias de la Salud) (1982 –September 1996) โดยการคัดเลือกการศึกษาที่เป็นแบบ Randomised หรือ Pseudorandomised Controlled Trails ที่อย่างน้อยต้องศึกษาเกี่ยวกับการให้ intervention ใดๆ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาวัณโรคให้หายหรือป้องกันการเกิดวัณโรคโดยแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของ Relative Risk (RR) และ 95% Confidence Interval มีการศึกษาที่เข้าตามเกณฑ์ทั้งสิ้น 5 การศึกษา โดยพบว่าวิธีการส่งจดหมายแจ้งให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มาตามกำหนดนัด [RR 1.2 (95% CI 1.1-1.4)], การได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ [RR 1.4 (95% CI 1.1-1.8)], การสนับสนุนค่ายาต้านวัณโรค [RR 1.6 (95% CI 1.3-2.0)], การให้ความรู้ด้านสุขภาพ [RR 1.2 (95% CI 1.1-1.4)], และการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ป่วยของคลินิกวัณโรค [RR 1.2 (95% CI 1.1-1.3)], ซึ่งทั้ง 5 วิธีมีผลช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจียนมิ่ง และ ฮองบินท์ Jianming Wang and Hongbinh (2009) ได้ทำการศึกษาการรักษาวัณโรคด้วยวิธีการสังเกตการณ์โดยตรงและการรักษาแบบครบเกณฑ์ในพื้นที่ชนบทประเทศจีนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของวิธีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธีการสังเกตการณ์โดยตรง Directly Observed Therapy (DOT) และการรักษาแบบครบเกณฑ์ในพื้นที่ชนบท 2 แห่งในประเทศจีนใช้วิธีคัดเลือกพื้นที่ชนบท 2 แห่งที่มีอัตราการดูแลการกินยาด้วย DOT ต่ำ การสัมภาษณ์

ต่อหน้าที่จัดขึ้นด้วยกลุ่มคนที่ได้รับการฝึก ใช้แบบสอบถามตรวจสอบลักษณะของผู้ป่วยและการรักษา วัณโรคที่พวกเขาได้รับ ผสมผสานระหว่างการรักษาแบบครบเกณฑ์และการประเมินปัจจัยที่เป็นไปได้ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบจำกัดโมเดลมีความเป็นไปได้ถึง 95%ศึกษาในผู้ป่วย 601 คน 2.2% รักษาด้วยวิธีสังเกตการณ์โดยตรงด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6,2% ดูแลด้วยสมาชิกในครอบครัว และ 91.7% รักษาด้วยวิธีกินยาเอง อัตราการรักษาหายขาดด้วยวิธีการตรวจเสมหะ (Sputum Smear) และให้ยาต้านวัณโรค แต่ไม่ใช่วิธีการสังเกตการณ์โดยตรงจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (OR 1.81, 95% CI 0.23-14.38) หรือ จากสมาชิกในครอบครัว OR 1.14, 95% CI 0.38-3.41) กลุ่มที่ได้รับการตรวจเยี่ยมที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (1 ครั้งต่อเดือน) สามารถลดอัตราการรักษาแบบครบเกณฑ์ได้ (OR 3.15 95% CI 1.30-7.63) ผลการศึกษาไม่ค้นพบความแตกต่างในอัตราการรักษาวัณโรคหายขาดระหว่างการรักษาโดยการสังเกตการณ์โดยตรงและกลุ่มที่ดูแลตนเองในสองพื้นที่ที่มีการใช้วิธี DOT ต่ำ ทำอย่างไรที่ทำให้กลยุทธ์ DOT ได้รับการยอมรับทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยสร้างเป็นนโยบาย องค์ประกอบอื่น ๆ นอกจากการรักษาด้วยวิธี DOT มีส่วนสำคัญให้โปรแกรมการรักษวัณโรค (TB โปรแกรม) ประสบความสำเร็จเหมือนกัน

มูเทอร์ และคนอื่น ๆ Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาในระหว่างการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัด Nairobi ประเทศ Kenya : กรณีศึกษาในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยขาดยา 945 ราย ในจำนวนนี้ 22.7% (215 ราย) เป็นผู้ป่วยที่เลิกมารับยาในช่วงเดือนแรกของการรักษา และอีก 20.4% เป็นผู้ป่วยที่เลิกมารับยาในช่วงเดือนที่สองของการรักษาซึ่งเป็นระยะเข้มข้นของการรักษา และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาพบว่า 16.7% (20 ราย) เป็นผู้ที่ขาดการศึกษา , 12.5% (15 ราย) เป็นผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาจากพื้นที่นอกเขตการรักษา, 11.7% (14ราย) มีความรู้สึกว่าการป่วยจากการเป็นวัณโรคดีขึ้นแล้ว และ 10.8% (13 ราย) ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงหลังจากการกินยา และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการขาดยาระหว่างการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคไม่เพียงพอ, การใช้ยาสมุนไพร, มีรายได้น้อย ส่งผลต่อการขาดยาระหว่างการรักษา ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สรุปว่าก่อนทา การรักษาผู้ป่วยวัณโรคควรให้การปรึกษาแนะนำ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน

การ์ริโด และคนอื่น ๆ Garrido MDS, Penna ML, Perez-Porcuna TM, Souza ABD (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในเขต Brazilian Amazon : กรณีศึกษาตัวอย่างควบคุม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยา คือ เลือดมีผลเป็น HIV Positive, การติดแอลกอฮอล์, ระดับการศึกษาต่ำ และการมีโรคร่วมอื่น, ผู้ป่วยวัณโรคสูงอายุ และการสังเกตการณ์กินยาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โกซาเลซ และคนอื่น ๆ González and others (2012) ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยวิธีสังเกตการณ์โดยตรงจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในบัวโนสไอเรสซิตี ผลการศึกษาพบว่า ในโรงพยาบาลเมืองบัวโนสไอเรส , ผู้ป่วยวัณโรค HIV Negative 582 คนได้รับยา Rifampin, Isoniazid , Pyrazinamide และ Ethambutol หรือ Streptomycin ในระยะแรก ตามด้วยขั้นตอนที่สองแยกผู้ป่วยเป็น 2กลุ่ม กลุ่มแรกประกอบด้วยผู้ป่วย 424 คน (ช่วง 1 / 1 / 1979- 12 / 31 / 1999) ที่ได้รับยา Rifampin และ Isoniazid หรือ Rifampin และ Streptomycin สองครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มที่ 2 มีผู้ป่วย 158 คน (ช่วง 1/1/2000-12/31/2009) ที่ได้รับยา Rifampinและ Isoniazid สองหรือสามครั้งต่อสัปดาห์ National and Buenos Aires City TB Control Programs ได้ให้คำชี้แนะดังนี้ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธี DOT มีอัตราการหายขาดมากกว่าการรักษาด้วยการกินยาเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น การศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงอัตราความสำเร็จของการศึกษาที่ดีในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้กลยุทธ์ DOT.

ฮอนท์ และคนอื่น ๆ Horne (2012) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการติดเชื้อวัณโรคแฝงในประชากรชาวอเมริกาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากองค์กรสำรวจสุขภาพและโภชนาการ ประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงกับการเกิดความชุกของวัณโรคของผู้สูบบุหรี่ ใช้จำนวนข้อมูลประชากรจากองค์กรสำรวจสุขภาพและโภชนาการ วิธีการคือในปี 1999–2000 ศึกษากลุ่มประชากรใช้การประเมินการติดเชื้อวัณโรคแฝงในผู้เข้าร่วม โดยฉีดยาทดสอบทางผิวหนัง (Skin Test) กับกลุ่มที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มาก่อนและวัดค่า Serum Continue ประเมินความสัมพันธ์ของการติดเชื้อวัณโรคในระยะแฝงด้วยการรายงานการสูบบุหรี่ด้วยตนเองและความถี่ในการสูบบุหรี่ด้วยการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่มโมเดลและปรับปรุงเพื่อทราบปัจจัยในการรบกวน (เพศ,อายุสถานที่เกิด,เชื้อชาติ/ชนกลุ่ม, ความยากจน,การศึกษา,ประวัติการรับวัคซีน BCG และประวัติการป่วยเป็นวัณโรคของคนในครอบครัว)ผลการศึกษาพบว่าการแพร่ขยายของการติดเชื้อวัณโรคแฝงประมาณ 5.3% ในระหว่างอายุ 20 ปีหรือมากกว่า 20 ปี การแพร่ขยายของการติดเชื้อวัณโรคแฝงในผู้ไม่สูบบุหรี่มีค่าเท่ากับ 4.1% ผู้ที่เคยสูบ,6.2% และผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 6.6% ตามลำดับ ในการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่าการสูบบุหรี่มีส่วนในการเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝงมีความสัมพันธ์กันระหว่างผู้มีเชื้อสายแม็กซิกัน-อเมริกันและคนผิวดำที่พบว่าการติดเชื้อวัณโรคแฝง ในการวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยแบ่งเผ่าพันธุ์ จำนวนการใช้บุหรี่ต่อวันในผู้สูบบุหรี่แม็กซิกัน-อเมริกันและระดับความต่อเนื่องในการสูบบุหรี่ของคนผิวดำ เป็นสาเหตุของติดเชื้อวัณโรค จากการสำรวจขององค์กรสำรวจสุขภาพและโภชนาการสรุปได้ว่า ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคแฝงเพิ่มสูงขึ้น ยิ่งจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษาเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่มากขึ้นก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อวัณโรคสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ยัง และคนอื่น ๆ Yung-FengYe (2017) ได้ศึกษาการลดการเสียชีวิตจากวัณโรคด้วยวิธีการสังเกตการกินยาโดยตรง เพื่อตรวจสอบผลการรักษาด้วยวิธีสังเกตการกินยาแบบต่อหน้า โดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Directly Observed Treatment (DOT) ของการเสียชีวิตด้วยวัณโรค และการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่วัณโรคและปัจจัยในการจำแนกโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นผู้ใหญ่ ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ใหญ่ในประเทศไต้หวัน ทั้งหมดที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังไปในปี 2006-2010 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายกลุ่ม (Multiple Logistic Regression) แสวงหาปัจจัยในความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละคน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 3,487 คนช่วงอายุ 64.2 ปี และ 70.4 เปอร์เซ็นต์ เป็นผู้ชาย ในผู้ป่วย 2,471 คน รักษาด้วยวิธีการสังเกตการกินยาแบบต่อหน้าโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (DOT) 4.2 เปอร์เซ็นต์เสียชีวิตด้วยสาเหตุวัณโรค คนที่รักษาด้วยวิธีการรักษา กินยาด้วยตนเอง 4.4 เปอร์เซ็นต์เสียชีวิตด้วยวัณโรค สรุปการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการสังเกตการกินยา โดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (DOT) ลดการเสียชีวิตจากวัณโรค 55% ในผู้ป่วยวัณโรคปอด หลังจากควบคุมปัจจัยรบกวนการรักษาด้วยวิธี DOT ควรให้การรักษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนเพื่อที่จะลดอัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวัณโรคมีหลายปัจจัย อัตราการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าบุคคลทั่วไป เมื่อเกิด มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้น เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ งานวิจัยที่ศึกษามีข้อจำกัดในเรื่องงานวิจัยในเรื่องพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค มีผลการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยทั่วไปเกี่ยวกับโรควัณโรค และเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ในโรคอื่นๆ อีกทั้งประเด็นของงานวิจัยที่ศึกษามานี้ยังไม่พบในพื้นที่ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคปอดในพื้นที่ภาคอีสาน คือในจังหวัดกาฬสินธุ์

พูน ปณ ทิโต ชิว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคโควิดโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document) และเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ขอบเขตการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูล
6. การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ขอบเขตการวิจัย

1. เนื้อหาการวิจัย
 - 1.1 เนื้อหาเกี่ยวกับการศึกษาทำการศึกษาปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเสี่ยงของวัณโรคที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ จริยวัตรหรือวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.2 เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.3 เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของพระสงฆ์ในภาคอีสานเมื่ออาพาธ
2. วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Document) และเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field Study) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

3. ระยะเวลาการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2558 – กันยายน 2560

4. พื้นที่ในการวิจัยความสำคัญของพื้นที่การวิจัย คือ การเลือกพื้นที่ที่สามารถสะท้อนปัญหาของการศึกษาได้เหมาะสมและสามารถตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องการได้ การศึกษาครั้งนี้จึงได้เลือกจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีจำนวนพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 รูป ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกพื้นที่วิจัยโดยมีเกณฑ์ (Criteria) ในการคัดเลือก ดังนี้

ประการที่หนึ่ง จากปัญหาเบื้องต้นในเรื่องอัตราชุกของการเกิดวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัณโรคจากศูนย์วัณโรคเขต 6 ขอนแก่น พบว่า อัตราป่วยติดการเป็นวัณโรคของประชากรและขึ้นทะเบียนรับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนการรักษามากและมีผู้ป่วยขาดยาไม่รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาสูง ในจำนวนนั้นมีพระสงฆ์ที่ขาดยา ขาดการรักษาและกลับเป็นวัณโรคซ้ำ

ประการที่สอง กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาวิจัย มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ประการที่สาม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและเพื่อสร้างคำตอบให้กับการแก้ปัญหาในพื้นที่ ที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่นำมาใช้เป็นสิ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพสังคม สิ่งแวดล้อมตามบริบทในพื้นที่ที่ตื้นเขินของคนในพื้นที่บนฐานของการใช้ข้อมูลและความรู้ควบคู่กับการสร้างกลไกการจัดการของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกันนี้จะเกิดนวัตกรรมใหม่ที่ช่วยให้เกิดประโยชน์และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับพื้นที่ ที่เป็นปัญหาของตนเองก่อน หากพื้นที่อื่นมีปัญหาลักษณะคล้ายกันสามารถนำข้อมูลและผลลัพธ์จากการศึกษานี้ไปประยุกต์และต่อยอดการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ประชากรผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) โดยพิจารณาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่สามารถให้ข้อมูลความรู้ ความเป็นมา สภาพปัจจุบัน และรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จำนวน 23 รูป/คนผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย

- 1.1 พระสงฆ์ ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับจังหวัดรวม 3 รูป
- 1.2 เจ้าคณะอำเภอ จำนวน 2 รูป
- 1.3 เจ้าคณะตำบล จำนวน 2 รูป

- 1.4 ผู้รับผิดชอบงานวินโรคศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
จำนวน 2 คน
- 1.5 ข้าราชการจากสำนักพุทธศาสนา จำนวน 1 คน
- 1.6 ตัวแทนแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน
- 1.7 ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน
- 1.8 ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 คน
- 1.9 แพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 18 คน
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) โดยพิจารณาผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวินโรคปอด ได้แก่
- 2.1 พระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่อาพาธด้วยโรควินโรค ในขณะที่ศึกษา
จำนวน 9 รูป โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม
- 2.1.1 กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวินโรคและปัจจุบันรักษาหายแล้ว
จำนวน 3 รูป
- 2.1.2 กลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวินโรคปัจจุบันกำลังรักษา
จำนวน 3 รูป
- 2.1.3 กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวินโรครักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ
จำนวน 3 รูป
- 2.2 เจ้าอาวาสวัดและพระสงฆ์ที่อยู่ในวัดเดียวกัน จำนวน 9 รูป
- 2.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกวินโรคโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในระดับตำบล จำนวน 8 คนรวมจำนวน 26 คน
3. กลุ่มบุคคลทั่วไป (General Informant) โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ที่เป็นประชาชนทั่วไป ที่ไปวัดบ่อยเช่นกรรมการบริหารวัด ผู้นำหมู่บ้าน ประชาชนที่ไปวัด
เกือบทุกวันเพื่อจัดปิ่นโตอาหาร จำนวน 9 กลุ่ม รวม 75 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 119 รูป/คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด เครื่องมือ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นการเตรียมเค้าโครงถาม - ตอบในประเด็นสำคัญเพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคและรูปแบบที่เหมาะสมของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของพระสงฆ์อื่นที่ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องปัญหาสุขภาพผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและผลกระทบที่มีต่อตนเอง ครอบครัวสังคมวัฒนธรรมชุมชน

1.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) เพื่อใช้สัมภาษณ์พระสงฆ์ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับประวัติในแต่ละวัน

1.3 แบบสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือการสังเกตแบบภาคสนาม (Field Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ใช้กับกลุ่มพระสงฆ์ที่เข้าร่วมกิจกรรม สังเกตเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.3.1 กลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของวัด วิถีชีวิตวิถีปฏิบัติความเป็นอยู่วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันกับพระสงฆ์รูปอื่นและญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด สังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.3.2 กลุ่มพระสงฆ์ที่อยู่ในวัดเดียวกันที่ให้การดูแลและไม่ได้ให้การดูแล ซึ่งเป็นการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของวัด วิถีชีวิตวิถีปฏิบัติความเป็นอยู่วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันกับโดยมีการสังเกตซักถามและจดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ

1.4 การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม หลักดังกล่าวข้างต้นได้แก่ 1. กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรค 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3. กลุ่มญาติโยมประชาชนทั่วไปในชุมชนรวมทั้งผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยกำหนดกลุ่มสนทนาอยู่ระหว่าง 5 – 7 คน ทั้งนี้ เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคคลในแต่ละกลุ่มสนทนาโดยแสดงความคิดเห็นร่วมกันในลักษณะ การเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group Dynamic) ขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มสนทนาและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสรุปหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการปรับใช้เป็นการเลือกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์

1.5 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เป็นการประชุมเป็นโดยกำหนดหัวข้อการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีตัวแทนของกลุ่มผู้รู้ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General Informant) เพื่อให้ได้ข้อสรุปของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคได้แก่พระสงฆ์ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับเจ้าคณะจังหวัด

เจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะตำบล ผู้แทนสำนักพุทธศาสนา ผู้แทนวัฒนธรรมจังหวัด ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้นำชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำ (Workshop) มีขั้นตอนในการใช้เครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานที่ศึกษาเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์พัฒนาทางเลือก พัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนและเพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติดูแลพระสงฆ์ ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเป็นรูปธรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลยึดหลักข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย สามารถตอบคำถามของการวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีวิธีการเก็บข้อมูลเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเป็นการศึกษาจากเอกสารที่มีการเก็บบันทึกเอาไว้ หรือที่มีการศึกษาไว้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค พระภิกษุอาพาธด้วยวัณโรค การดูแลตนเองโดยทำการค้นคว้าจากเอกสารที่เป็นหนังสือตำราวิทยานิพนธ์ อินเทอร์เน็ต หน่วยงานราชการ หอสมุดแห่งชาติ หอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น หอสมุดสถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน หอสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นต้น
2. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ซึ่งใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) และไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การจัดกระทำข้อมูล

เมื่อได้มีการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยมีขั้นตอนสำคัญคือการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจผิดพลาดและตอบปัญหาของการวิจัยได้โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (สุภาวศ์ จันทวานิช, 2554)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ใช้พิสูจน์ข้อมูลที่ได้อาจถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือ การสอบแหล่งข้อมูลแหล่งที่มาที่จะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลาหมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่แหล่งสถานที่ในแต่ละกลุ่มสนทนา โดยแสดงความคิดเห็นร่วมกันในลักษณะการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group Dynamic) ขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มสนทนาและเก็บรวบรวมข้อมูล (ทรงคุณ จันทจร, 2553) เพื่อนำมาสรุปหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการปรับใช้เป็นการเลือกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่แหล่งบุคคลหมายถึงถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิจัย (Investigator Triangulation) เป็นการตรวจสอบว่าผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ข้อมูลต่างกันหรือไม่อย่างไร โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยมีการเปลี่ยนกันสังเกตตลอดเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าถ้าใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความต่างไปจากเดิมหรือไม่การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทำการวิเคราะห์โดยวิธีการ Method of Agreement ซึ่งประกอบด้วยตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ในเชิงแนวคิดทฤษฎี ซึ่งพิจารณาจากเอกสารที่เป็นเรื่องเดียวกันจากหลาย ๆ แหล่งหากข้อมูลตรงกันก็ถือว่ายอมรับความเชื่อถือและนำมาอ้างอิง

3.2 ข้อมูลที่ได้จากภาคสนามที่เก็บรวบรวมได้จากเครื่องมือทุกประเภทนำมาจำแนกข้อมูล (Typology Analysis) ออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้โดยการใช้วิธีพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีสร้างข้อสรุปจากการศึกษาข้อมูลนำมาเปรียบเทียบเพื่อศึกษาความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกัน

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

1 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง จัดเรียงข้อมูล จัดกลุ่มของข้อมูล แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ประกอบเข้าด้วยกัน การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และการสร้างข้อสรุป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2549)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 นำข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลด้านเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในทุกพื้นที่ที่มีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคทำการวิเคราะห์โดยวิธีการ Method of Agreement ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ในเชิงแนวคิด ทฤษฎี โดยพิจารณาเอกสารที่เป็นเรื่องเดียวกันจากหลาย ๆ แหล่ง หากข้อมูลตรงกันก็มี ความเชื่อถือ และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการอ้างอิงได้

2.2 นำข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลด้านเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคทุกรายที่เก็บข้อมูลมาได้นำมาแจกแจงข้อมูล (Typology Analysis) ออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นศึกษา เรื่องกิจวัตรหรือจริยวัตรความเป็นอยู่ความรู้เรื่องโรคการดูแล อนุรักษ์การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

2.3 วิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยการเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม (Cultural Qualitative Research) ความถูกต้องของข้อมูลการวิจัย จะใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

2.3.1 ด้านข้อมูล ตรวจสอบสถานที่และบุคคล

2.3.2 ด้านแนวคิดทฤษฎี ตรวจสอบการใช้หลัก และทฤษฎีตามที่กล่าวไว้

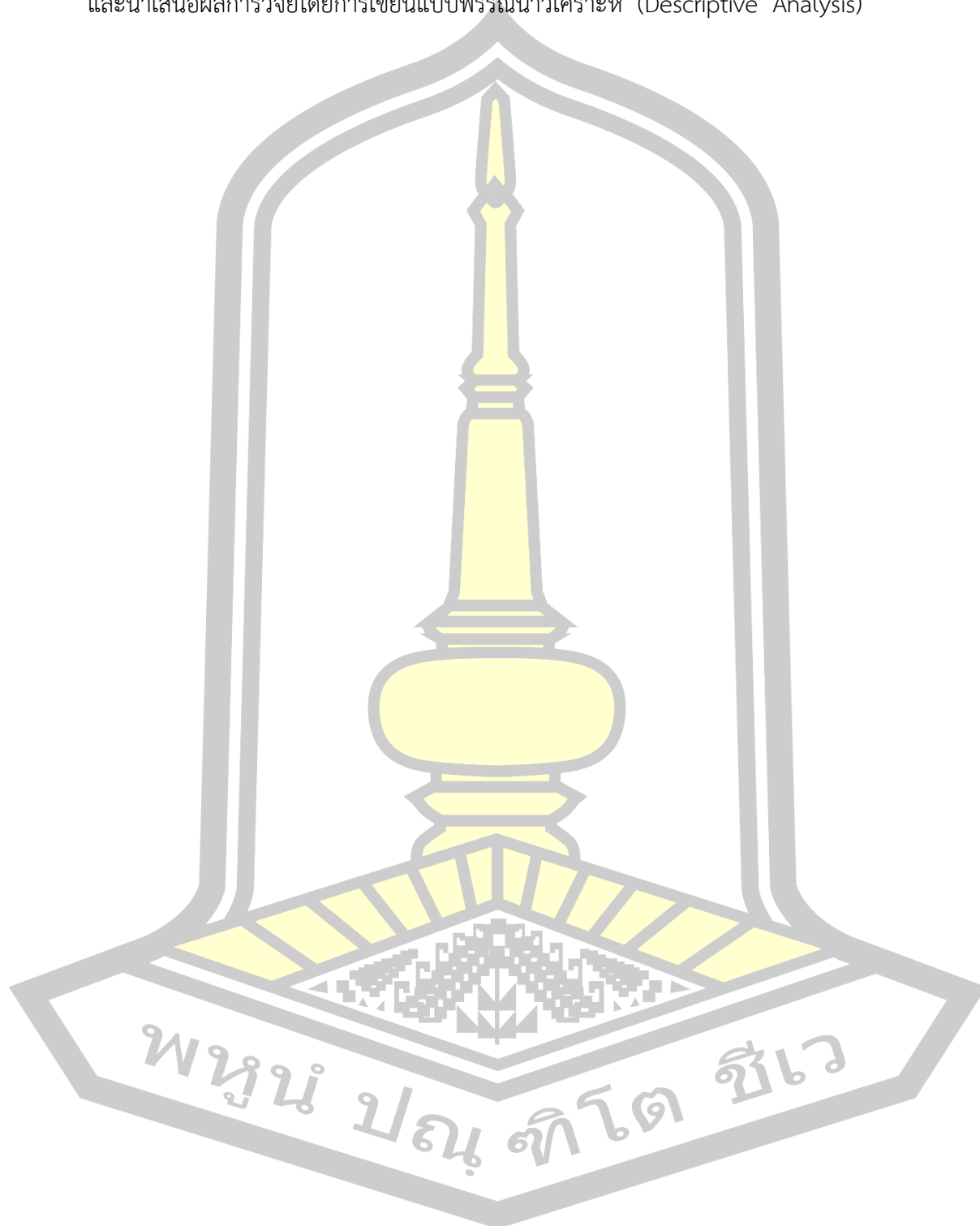
ในบทที่ 2

2.3.3 ด้านผู้วิจัย ตรวจสอบข้อมูลตรงกับผลการวิจัยหรือไม่? อย่างไร?

3. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีการพรรณนาอย่างละเอียด ชัดเจน ตามที่ได้ศึกษาใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม

(Cultural Qualitative Research) สรุปลงให้ตรงตามประเด็นความมุ่งหมายของการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยโดยการเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลในประเด็นความเป็นมา สถานการณ์พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการอาพาธวัณโรคของพระสงฆ์และข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธวัณโรคปอด มีการเก็บข้อมูลจากหลายวิธี ทั้งการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายและสามารถยืนยันข้อเท็จจริง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปลความอย่างเป็นระบบ จึงขอเสนอผลการวิจัยซึ่งผู้วิจัยได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์
- 1.1 กิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์
 - 1.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.2.1 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุข
 - 1.2.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์
- ตอนที่ 2 สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์
- 2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์
 - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดไปสู่ผู้อื่นของพระสงฆ์
 - 2.3 ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธวัณโรคปอด
- ตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์

1. จริยวัตรของพระสงฆ์

กิจวัตรประจำวันหรือจริยวัตรในแต่ละวันของพระสงฆ์ โดยทั่วไปจะคล้ายกัน คือ หลังจากที่เข้ามาบวชเป็นพระจะมีความเป็นแบบแผนตารางเวลาที่คล้าย ๆ กัน คลาดเคลื่อนกันไม่มากนัก ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือณิกายใดก็ตาม โดยเริ่มจากการตื่นนอนตอนเช้า ประมาณตีสี่ถึงห้าจะตื่นล้างหน้าแปรงฟัน แล้วทำวัตรเช้าทำสมาธิ ถึงหกโมงเช้าเตรียมตัวออกไปบิณฑบาต ยกเว้นพระสงฆ์ที่อาพาธ จะงดเว้นการบิณฑบาต ประมาณเจ็ดโมงเช้า จะกลับมาจากบิณฑบาต แล้วจึงฉันภัตตาหารเช้า ซึ่งส่วนใหญ่จะฉันรวมกันฉัน และก็แล้วแต่นิกายถ้าธรรมยุตินิกายจะฉันในบาตรของตนเองแต่นั่งฉันด้วยกัน หากมหานิกายจะให้ญาติโยมที่ไปวัดตั้งสำหรับและนั่งฉันด้วยกัน ถึงประมาณแปดนาฬิกาเศษ จากนั้นเป็นช่วงอิสระ มีภารกิจส่วนตัวอย่างไร ก็จะแยกย้ายไปทำภารกิจนั้น จนกระทั่งประมาณ 11 นาฬิกา สำหรับพระสงฆ์มหานิกาย จะกลับมาฉันเพลร่วมกันอีกครั้ง เสร็จแล้วก็ยังเป็นช่วงอิสระ ทำนุบำรุงวัด บัดกวาดเช็ดถู หรือกิจส่วนตัว จนกระทั่งประมาณห้าโมงถึงหกโมงเย็นจะมีการทำวัตรเย็นร่วมกันของพระในวัดอีกครั้ง เสร็จแล้วก็แยกย้ายกันไป และเข้าอนจำวัด นอกจากนี้ในวันพระ จะมีการสวดมนต์คือทำอุโบสถศีลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวัดจะจัดสรรเวลาตามบริบทของวัดนั้น ๆ โดยมากมักเป็นช่วงบ่าย

“ตื่นแต่ตีห้าทำวัตรเช้า หกโมงเช้าบิณฑบาต ชั่วโมงหนึ่ง กลับมาฉัน ฉันเช้าแล้วจะประมาณแปดโมงครึ่ง แล้วจะไปพัก ถ้ามีแนวเฮ็ดอียังกะไป สิบเอ็ดโมงกะสิมาฉันเพล ฉันแล้วจะพักผ่อนแลงมาประมาณหกโมงแลงทำวัตรเย็น กะเฮ็ดสมาธิกรรมฐานแล้วแต่ บางมือกะชั่วโมงหนึ่งครึ่ง ชั่วโมงแล้วแต่ ปฏิบัติอย่างนี้แหละ วนไปวนมา”

พระสงฆ์ในวัด ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“ตื่น ทำวัตรเช้าประมาณตีห้า 6 โมง เตรียมออกบิณฑบาต 6 โมงครึ่ง แล้วกลับมา 7 โมงครึ่ง ฉันข้าวแล้ว ล้างบาตร ถูห้องเสร็จเรียบริ้ว้อย แล้วกะสียงออกกำลังกาย มีหยังเฮ็ดกะเฮ็ดห้าโมงเช้า ฉันเพล เป็นกิจวัตร ฉันเพลเสร็จแล้วก็พักผ่อนนิดหน่อย แต่ก่อนไม่ได้พักผ่อนหรอก ฉันเพลเสร็จก็ไปอ่านหนังสือ บางมือกะทำงานเบิ่งเพิ่นเลื่อยไม้ บางมือกะพักผ่อน บางมือกะกวาดตาด บาดหนักก็พูนหละ หกโมง หรือหนึ่งทุ่มทำวัตรเย็น”

ผู้พระสงฆ์ในวัด ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“ตอนบอป่วยตื่นประมาณตีสี่ครึ่ง ล้างหน้าแปรงฟันแล้วกะทำวัตร นั่งสมาธิ ยุศาลา ทำวัตรยุสนั้น ทำวัตรแล้วประมาณเกือบหกโมง เตรียมบาตร ตีระฆังออกบิณฑบาต ประมาณหกโมง บิณฑบาต กลับคืนมาฮอดวัดประมาณโมงเช้าบางมือกะโมงกว่าๆ ฉันอาหาร ฉันเสร็จแล้วก็พัก มีงานหยังกะเฮ็ด ประมาณห้าโมงฉันเพล หลังฉันเพลบางมือกะนอน บางมือกะนอน แต่ส่วนใหญ่กะสิ

นอนพัก ตื่นประมาณบ่ายสองถึงบ่ายสามบางเมื่อกะอ่านหนังสือบางเมื่อกะเห็ดนั่นเห็ดนี่ จนทำโหมงแลง ทำวัตร นั่งสมาธิ แล้วจึงนอน”

พระสงฆ์อาพาธ ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

สรุป จะเห็นได้ว่าจริยวัตรของพระมีความเป็นแบบแผนและมีความคล้ายคลึงกัน แล้วแต่ระเบียบปฏิบัติ และความเข้มงวดกวดขันของประธานสงฆ์แต่ละแห่ง แต่หลัก ๆ ก็จะเป็นทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น บิณฑบาต ปฏิบัติธรรม ถ้ากำลังศึกษาอยู่ก็จะมี การเข้าชั้นเรียน อ่านหนังสือ ทำการบ้าน นอกนั้นก็จะเป็นการช่วยงานทางวัดตามที่ได้รับมอบหมาย ปัดกวาดเช็ดถู ทำความสะอาด ฯลฯ

กิจวัตรของสงฆ์ตามหน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติสืบประการ เป็นวินัยอย่างหนึ่งของพระสงฆ์ที่จะต้องยึดถือประพฤติทั้งท่วงทีวาจา พระสงฆ์จะต้องทราบและเข้าใจชัดเจนในกิจวัตร เพื่อปฏิบัติด้วยความเหมาะสมบางเรื่องไม่ได้ปฏิบัติในทุกวันคือปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือสองสัปดาห์ต่อครั้งได้แก่

1. การลงอุโบสถ
2. การบิณฑบาตเลี้ยงชีพ
3. การสวดมนต์ไหว้พระ
4. การกวาดอาวาสวิหารลานพระเจดีย์
5. การรักษาผ้าครอง
6. การอยู่ปริวาสกรรม
7. การโกนผมปลงหนวดตัดเล็บ
8. การศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์
9. การเทศนาบัตติ
10. การพิจารณาปัจจุเวกขณะทั้ง 4

กิจวัตรของพระสงฆ์สืบประการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของพระสงฆ์ที่จะต้องปฏิบัติ และถ้าเป็นพระสงฆ์บวชใหม่ต้องพยายามฝึก เพื่อความเป็นพระในหน้าที่ กิจวัตรสืบข้อนี้ คือรูปแบบของผู้ที่จะเป็นพระสงฆ์ที่ดี แต่หากพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคนั้น กิจวัตรทั้งสืบข้อนี้มีทั้งข้อที่จำเป็นที่จะต้องปฏิบัติ และมีบางข้อที่จำเป็นต้องหลีกเลี่ยง เช่นกิจวัตรข้อที่สี่ ที่ว่าด้วยเรื่องของการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี ข้อเจ็ดเรื่องการรักษาการรักษาสภาพร่างกายเพื่อลดเชื้อโรคที่มีในร่างกาย สองข้อนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถือปฏิบัติเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาเว้นไว้ก่อนเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธ เนื่องจากต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น

2. รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุข

สภาพทั่วไปที่ไปเก็บข้อมูล เป็นพระสงฆ์ จำนวน 9 รูป ที่อยู่สังกัดวัดในนิคม
มหานิกายจำนวน 7 รูป และเป็นพระธรรมยุตินิกาย จำนวน 2 รูป ใน 5 อำเภอ

รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุข

เมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลด้วยอาการ
อ่อนเพลียร่วมกับน้ำหนักลด 1-3 กิโลกรัม ใน 1 เดือนมีไข้ช่วงบ่ายหรือตอนเย็น และไอเรื้อรัง
มากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไอเป็นเลือด /ไอเสมหะมีเลือดปน ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลทุกแห่งจะทำการดังนี้

1. การซักประวัติคัดกรองผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ ไอ จามให้สวม
หน้ากากอนามัยทุกครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกกรณีผู้ป่วยไอเรื้อรัง สงสัย TB ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากาก
อนามัย แล้วส่งไปคัดกรองที่คลินิกวัณโรคซักประวัติอาการ ไอ /ไข้ / นน.ลด/ การเป็นหวัด ส่งผู้ป่วย
ตรวจถ่ายภาพรังสีปอดและเก็บเสมหะครั้งแรกตรวจหาเชื้อวัณโรค เพื่อประกอบการวินิจฉัย หาก
ได้ผลเสมหะพบเชื้อวัณโรค เจ้าหน้าที่จะทำการรายงานและเชิญแพทย์แยกไปตรวจผู้ป่วยที่คลินิกวัณ
โรค แต่หากตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคในครั้งแรกที่ตรวจ แพทย์จะให้กลับบ้านไปเก็บเสมหะต่อ
มีสองครั้ง เพื่อนำกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลในวันที่สามพร้อมนำเสมหะที่เก็บทั้งสองวันมาตรวจ
ทั้งนี้แล้วแต่โรงพยาบาลบางแห่ง หากแพทย์เห็นแลคคอนข้างมั่นใจกับภาพถ่ายรังสีปอด แพทย์จะสั่ง
ให้อนโรงพยาบาลเลยพร้อมกับเก็บเสมหะต่อที่โรงพยาบาลอีกสองวัน

ขั้นตอนการซักประวัติคัดกรองเป็นขั้นตอนแรกที่ผู้ป่วยทุกคนไปตรวจ
การตรวจจะตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อเจ้าหน้าที่เห็นว่าอาการเข้ากับวัณโรค ส่วนใหญ่
โรงพยาบาลทุกแห่งจะมีระบบป้องกันโดยให้สวมหน้ากากอนามัยและแยกผู้ป่วยที่สงสัยออกจากผู้ป่วย
อื่น ซึ่งในการมาตรวจที่โรงพยาบาลในวันที่มีผู้ป่วยมาก จะเป็นข้อจำกัดของการแยกพระสงฆ์และ
ผู้ป่วยอื่นที่เป็นฆราวาสก่อนการซักประวัติคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอกของเกือบทุกโรงพยาบาล
โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการตรวจ รักษา ยังไม่มีช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์

2. ขั้นตอนการรักษา หลังจากที่แพทย์ได้รับผลเสมหะแล้วว่ามีเชื้อวัณโรค
แพทย์จะสั่งให้ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลและเริ่มให้ยารักษาวัณโรคตามแนวทางการรักษาของ
แพทย์เมื่อแพทย์วินิจฉัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขึ้นทะเบียนการรักษา ผู้ป่วยจะต้องนอนรักษาใน
โรงพยาบาล 3 – 5 วัน เนื่องจากต้องเริ่มยา ซึ่งยามี้อาการข้างเคียงค่อนข้างมาก แพทย์จะคอยดู
อาการ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและทีมสหวิชาชีพจะให้คำแนะนำการดูแลตนเองในขณะที่
นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อรับการรักษาได้ระยะหนึ่งแพทย์จะสั่งตรวจดูอาการข้างเคียงที่มีผล

กับดับ เมื่อเห็นว่าอาการดีขึ้นและผลข้างเคียงที่สำคัญไม่น่าเป็นเป็นที่กังวลแพทย์จะอนุญาตให้กลับไปรับประทานยาที่บ้าน

ขั้นตอนการรักษาพบว่าปัญหาในการดูแลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบางแห่ง ไม่มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีห้องแยกเพียงหนึ่งห้อง หากมีผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าหนึ่งคน คนต่อไปจะไม่ได้นอนห้องแยกเครื่องนุ่งห่มไม่มีให้เฉพาะสำหรับพระสงฆ์เพื่อเปลี่ยน จะมีเฉพาะชุดผู้ป่วยที่ใส่เหมือนกับผู้ป่วยอื่นพระสงฆ์บางรูปที่เคร่งก็จะต้องนำเครื่องนุ่งห่มที่วัดมาเปลี่ยนเองซึ่งทำให้ไม่สะดวก และระหว่างให้การรักษากการได้รับคำแนะนำที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ ไม่ได้เน้นบริบทความเป็นพระสงฆ์ ซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมือนฆราวาสหรือผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่กล้าสอนพระสงฆ์ กลัวว่าจะใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม และไม่เข้าใจในบริบทของความเป็นพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะแจกคู่มือสำหรับผู้ป่วยคำแนะนำในคู่มือก็เป็นคำแนะนำกว้างๆ เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยา การสวมหน้ากากอนามัย การกลับมารับการตรวจตามนัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการส่งต่อการรักษา เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยรับการดูแลรักษาตามแนวทางการรักษาและเห็นสมควรว่ากลับบ้านได้ แพทย์จะสั่งยาให้ผู้ป่วยระยะหนึ่งครั้งละประมาณหนึ่งเดือนเพื่อกลับมารับการตรวจการรับประทานยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยขณะรับประทานยา พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลจะส่งข้อมูลการรักษาเบื้องต้นให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลต่อในชุมชน

ขั้นตอนการส่งต่อการรักษา พบปัญหาว่าหากมีปัญหการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้เกิดความล่าช้า ก็จะทำให้การควบคุมดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อล่าช้าไปด้วย หรือหากพระสงฆ์รูปอื่นในวัดไม่ทราบอาการหรือโรคที่พระสงฆ์อาพาธก็เป็นสาเหตุของการไม่ได้รับการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่วัด ส่วนใหญ่การส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อจะไม่ค่อยพบปัญหาการล่าช้าแต่จะพบว่า เจ้าหน้าที่ หรือพยาบาลที่รับผิดชอบงานวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากแห่งใดเป็นผู้หญิงก็จะได้ไม่ได้ให้การติดตามดูแลการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดของการเป็นฆราวาสผู้หญิงกับการดูแลพระสงฆ์

4. ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมซึ่งรูปแบบหรือแนวทางการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับบริการ การติดตามเยี่ยมทุกคน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสานอาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลที่พิจารณาแล้วว่าเหมาะสม หากผู้ป่วยรายใดอยู่ไกลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระบบจะมีผู้ช่วยดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือผ่านการ

ฝึกการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทำการเยี่ยมแบบ DOT คือสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคทุกวัน ในสองสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะไปเยี่ยมสัปดาห์ละหนึ่งครั้งจนครบสองเดือน หลังจากสองเดือนต่อไปจะเยี่ยมเดือนละหนึ่งครั้งจนกระทั่งรักษาครบและแพทย์สั่งจำหน่าย

ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนนี้พบปัญหาคือ การติดตามเยี่ยมเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานวัณโรคที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ พยาบาลที่รับผิดชอบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง ทำให้เกิดมีข้อจำกัดในการเยี่ยมพระสงฆ์ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเช่นกัน เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานไม่ได้นำบุคคลอื่นในชุมชนมามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม และส่วนหนึ่งเห็นว่าพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคได้คู่มือการรักษามาอ่านทำความเข้าใจอยู่แล้วจึงไม่คิดว่าพระสงฆ์จะขาดการรักษา แต่จากการเก็บข้อมูล มีพระสงฆ์ที่ขาดการรักษาและย้ายที่อยู่หนึ่งรูปและอีกหนึ่งรูปขาดนัด ขาดยาประมาณสองสัปดาห์ หลังได้รับคำแนะนำจากผู้ศึกษาวิจัย พระสงฆ์รูปนี้ได้เข้ารับการรักษาต่อเนื่องจนครบและหายบางอำเภอจะออกเยี่ยมหรือส่งต่อการเยี่ยมผู้ป่วยเฉพาะในรายที่คิดว่าจะมีปัญหาเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยที่พิจารณาเห็นว่าจะมีวินัยในการรับประทานยา และมีวินัยในการรักษาก็สามารถเป็นผู้ป่วยที่ขาดยาได้ ดังนั้นระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคนี้จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุข มีระบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นพระสงฆ์ยังไม่ปรากฏชัดเจน ตั้งแต่ การไม่ได้แยกตรวจพระสงฆ์ในแผนกผู้ป่วยนอก การที่แผนกผู้ป่วยในไม่มีห้องแยกที่รักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อวัณโรคที่เป็นพระสงฆ์เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มไม่มีเฉพาะสงฆ์สำหรับเปลี่ยน คำแนะนำที่ได้รับยังไม่ละเอียดชัดเจนตามบริบทความเป็นพระสงฆ์ การติดตามเยี่ยมหลังการขึ้นทะเบียนการรักษายังไม่มีความชัดเจน การควบคุมกำกับการณ์ตามระบบ DOT ยังไม่มีความชัดเจนเช่นกัน

2.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์

การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด โดยที่ปัจจุบันพระสงฆ์ในประเทศไทย กำลังประสบปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะพระสงฆ์สูงอายุส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งไม่แตกต่างไปจากโรคที่พบในประชาชนทั่วไป ซึ่งการดูแลพระสงฆ์ของคณะสงฆ์ในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันบ้างตามบริบทของวัด งานวิจัยนี้ได้สอบถามพระสงฆ์ทั้งธรรมยุติกนิกายและมหานิกายถึงระบบหรือรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

การดูแลคณะสงฆ์สายมหานิกาย

รูปแบบการดูแลเป็นการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธโดยให้สิทธิ์เจ้าอาวาสและคณะกรรมการบริหารวัดเป็นผู้พิจารณา ซึ่งการดูแลนั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามจำนวนของพระสงฆ์ที่มีในวัด เช่น วัดที่มีพระสงฆ์มากยกตัวอย่างวัดประจำจังหวัด วัดเจ้าคณะจังหวัดจะมีกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ซึ่งได้จากการการสละปัจจัยจากพระสังฆาธิการแต่ละระดับปีละหนึ่งครั้งเพื่อใช้ดูแลและพระสังฆาธิการจะเป็นคณะกรรมการในการจัดการ ในกรณีมีพระสงฆ์ในวัดอาพาธ มรณภาพ หรือเกิดอัคคีภัย วาตภัย การพิจารณาช่วยเหลือแล้วแต่กรณีตามความเหมาะสมของคณะกรรมการกองทุนเห็นชอบ

เมื่อมีการอาพาธของพระสงฆ์ในวัด จะมีการพิจารณาพระสงฆ์เพื่อดูแลอุปฐาก ซึ่งการดูแลจะดูแลในทุกเรื่องคือเรื่องอาหารที่จำเป็นและเหมาะสม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การดูแลการฉีดยาตลอดจนกระทั่งอาการอาพาธทุเลาและสามารถดูแลตนเองได้และหากจำเป็นต้องเดินทางไปรับการตรวจรักษา วัดจะมีรถยนต์นำส่งโรงพยาบาล

สำหรับวัดอื่นในสังกัดพระสงฆ์มหานิกาย การพิจารณาและตัดสินใจการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธในวัดจะขึ้นอยู่กับเจ้าอาวาสและคณะกรรมการบริหารวัดนั้นๆ จะพิจารณาดูแล

การดูแลคณะสงฆ์ธรรมยุตินิกาย

รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ธรรมยุตินิกายที่อาพาธเจ้าคณะจังหวัดจะดำเนินการจัดตั้งกองทุนดูแลพระสงฆ์อาพาธในระดับจังหวัด คือ ดูแลช่วยเหลือพระสงฆ์ทุกวัด ทุกรูป ที่ต้องการขอรับการดูแล กองทุนนี้ได้มาจากผ้าป่าในช่วงเข้าพรรษาในแต่ละปี ซึ่งดำเนินการในรูปคณะกรรมการ ซึ่งการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาจะพิจารณาช่วยเหลือกรณีอาพาธและมรณภาพ การพิจารณาเมื่ออาพาธครั้งละ 5,000 บาท ทั้งนี้แล้วแต่คณะกรรมการบริหารกองทุนจะพิจารณาเห็นชอบหากเป็นพระสังฆาธิการ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธและมีความจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลก็อาจพิจารณาช่วยเหลือตามที่เหมาะสม วัดที่เจ้าคณะจังหวัดอยู่จะมีรถยนต์นำพระสงฆ์ในวัดที่อาพาธส่งโรงพยาบาลทุกรูป และเจ้าอาวาสจะพิจารณาพระสงฆ์เพื่อดูแลอุปฐากและขอให้ฆราวาสช่วยดูแลในทุกเรื่องคือเรื่องอาหารที่จำเป็นและเหมาะสม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การดูแลการฉีดยาตลอดจนกระทั่งอาการอาพาธทุเลาและสามารถดูแลตนเองได้

สำหรับวัดอื่นในสังกัด การพิจารณาและตัดสินใจให้การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธในวัดในเรื่องอื่นจะขึ้นอยู่กับเจ้าอาวาสและคณะกรรมการบริหารวัดนั้นๆ จะพิจารณาดูแลหรือหากวัดนั้นๆ เจ้าอาวาสและคณะกรรมการวัดจะช่วยเหลือดูแลในทุกเรื่องก็ขึ้นอยู่กับกรณีตัดสินใจนั้น

สรุป การดูแลพระสงฆ์ของคณะสงฆ์ เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระบบและขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปธรรมตามความเหมาะสมของบริบทของพระสงฆ์มาแต่เดิม ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ รูปแบบของการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธจากการเป็นโรคติดต่อโดยเฉพาะ

วัณโรคปอดซึ่งเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อจากผู้หนึ่งไปยังอีกผู้หนึ่งได้ถ้าไม่มีการป้องกัน ยังไม่ปรากฏชัดเจน ทั้งสายมทานิกายและธรรมยุติกาย

ตอนที่ 2 สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

สภาพปัจจุบันปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์มีสองลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกับพระสงฆ์คือ

สภาพปัจจุบันปัญหาการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์

วัดคือจุดศูนย์กลางของหมู่บ้าน เป็นศูนย์รวมจิตใจและศูนย์รวมของประชาชนในการจัดกิจกรรมร่วมกันของประชาชนในชุมชน โดยที่วัดเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมและมีพระสงฆ์เป็นผู้นำในการประกอบกิจกรรม

พระสงฆ์ผู้เปรียบเสมือนเป็นผู้นำในการประกอบกิจกรรมที่เป็นส่วนรวมของประชาชน ทุกจังหวัดชีวิตที่สำคัญของบุคคลจะมีความผูกพันกับวัดและพระสงฆ์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายอย่างปฏิเสธออกจากกันยาก ในด้านการดำเนินชีวิต พระสงฆ์ก็มีชีวิตและการดำเนินกิจวัตรเหมือนกับคนทั่วไปที่ตื่นนอนกับการมีชีวิตโดยอาศัยปัจจัย 4 คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคมีปัญหามากมาย ทั้งปัญหาในเรื่องสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสิ่งแวดล้อมกับความเจ็บป่วย ตลอดจนปัญหาจากสิ่งแวดล้อมจากคนรอบข้าง

ในการนำเสนอข้อมูลนี้เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงสภาพปัจจุบันที่พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคเผชิญอยู่ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ในบริบทต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เห็นสภาพปัจจุบันปัญหาของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จึงขอเสนอเป็นรายกรณีจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตการณ์จากพระสงฆ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพระสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรค จำนวนพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด 9 รูป แบ่งกลุ่มที่ทำการศึกษาวัดออกเป็นประเภทวัณโรค 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดที่รักษาหายขาดจากโรคแล้วจำนวน 3 รูป กลุ่มที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดที่กลับเป็นซ้ำอีกครั้งจำนวน 3 รูป และกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดที่กำลังเป็นและกำลังรักษาในช่วงระยะที่กำลังศึกษาจำนวน 3 รูป ตามตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

รายการ	จำนวน
ประเภทของวัด	
-วัด	6
-นักสงฆ์	3
อายุ	
-20-30 ปี	-
-31-40 ปี	-
-41-50 ปี	3
-51-60 ปี	2
-61-70 ปี	1
-มากกว่า 70 ปี	3
จำนวนพรรษา	
-1-5 พรรษา	3
-5-10 พรรษา	2
-15-20 พรรษา	1
-มากกว่า 20 พรรษา	3
การศึกษาทางโลก	
-ไม่ได้ศึกษา	1
-ประถมศึกษา	4
-มัธยมศึกษาตอนต้น	1
-มัธยมศึกษาตอนปลาย	2
-ปวช./ปวส./อนุปริญญา	-
-ปริญญาตรี	1
-สูงกว่าปริญญาตรี	-

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	จำนวน
การศึกษาทางปริยัติธรรม	
-ไม่ได้ศึกษา	4
-นักธรรมตรี	-
-นักธรรมโท	-
-นักธรรมเอก	4
-เปรียญธรรม 3ประโยค	1
-เปรียญธรรม 6ประโยค	-
-เปรียญธรรม 9ประโยค	-
นิกาย	
-มหานิกาย	7
-ธรรมยุติกนิกาย	2
สถานะทางสงฆ์	
-เจ้าอาวาส	1
-พระลูกวัด	8
โรคประจำตัว	
-มี	6
-ไม่มี	3
พฤติกรรมสุขภาพ	
-ปัจจุบันสูบบุหรี่	3
-เคยสูบ	5
-เคยดื่มสุรา	3
-ใช้เครื่องดื่มอื่นเช่นกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	
กำลัง	9
-อื่นๆเช่นเคี้ยวหมาก ยานัตถ์	1
-มีการใช้มากกว่า 2 อย่าง	3

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	จำนวน
โรคประจำตัว	
-ไม่มี	3
-โรคเบาหวาน	4
-โรคความดันโลหิตสูง	2
-โรคประจำตัวมากกว่า 1โรค	5

จากตาราง 2 พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่บวชและจำพรรษาที่วัด อยู่ในวัยสูงอายุ ที่มีภูมิด้านทานโรคต่ำ การศึกษาทางโลกอยู่ในช่วงประถมศึกษาตอนต้น เป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว มีประวัติการเคยสูบบุหรี่ และบางรูปยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้ร่างกายอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่ายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และวัยนี้เป็นวัยที่มีเริ่มมีโรคเรื้อรังประจำตัว บางรูปไม่มีโรคประจำตัวแต่เคยติดเชื้อและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน มีเพียง 1 รูปที่อยู่ในวัยกลางคน เคยตรวจสุขภาพเบื้องต้นเมื่อ 2 ปีที่แล้ว ซึ่งการตรวจในครั้งนั้นไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด จากการสัมภาษณ์พบว่ามีความเสี่ยงในการรับเชื้อโรคด้วยการไม่ได้ระมัดระวังและไม่ได้ตระหนักถึงการรับโรคจากบุคคลอื่นรอบข้าง

พญ. ปณ. ทิ. โต. ชี. เว

ตาราง 3 แสดงระยะทางจากวัดที่อยู่ของพระสงฆ์อาพาธถึงสถานบริการที่รักษา

ระยะทางจากวัดที่อยู่ถึงโรงพยาบาลที่รักษา	
พระสงฆ์	กิโลเมตร
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 1	22
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 2	6
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 3	18
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 4	20
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 5	12
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 6	4
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 7	5
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 8	7
พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 9	30

จากตาราง 3 พบว่า ระยะทางจากวัดที่อยู่กับการเดินทางมารับการรักษาของพระสงฆ์แต่ละรูป เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง หากพระสงฆ์ไม่มีรถยนต์ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่รักษา โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ไม่ใช่คนในพื้นที่หมู่บ้านที่วัดตั้งอยู่นั้น จะทำให้มีปัญหาในการเดินทางในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอย่างมาก การรักษาจะต้องไปรับการตรวจรักษากับแพทย์ตามนัดอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้งหรืออาจมากกว่าหากมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค การไปรับการรักษาอาจใช้เวลา 6 เดือนเป็นอย่างน้อย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างเหมาค่าเดินทางไปในทุกครั้งที่ต้องไปพบแพทย์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 1 สัมภาษณ์เดือนธันวาคม 2557 ที่วัดแห่งหนึ่งที่บ้านห้วยเตย ตำบลเวือ อำเภอยางตลาด อายุ 42 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 21 พรรษา (รวมบวชเณร) สถานะภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นพระลูกวัด จำพรรษาที่วัดนี้มา 12 พรรษา การศึกษาทางโลก เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษาทางธรรม เรียนจบนักธรรมโท วัดที่อยู่อยู่ในหมู่บ้านพระสงฆ์ที่วัดมี 8 รูป ภูมิลำเนาเป็นคนพื้นเพที่วัดตั้งอยู่ ถือนิกายธรรมยุตินิกาย ไม่เคยมีครอบครัวหรือแต่งงานมาก่อนบวช ไม่มีโรคประจำตัวข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ เคยตรวจสุขภาพหนึ่งครั้งเมื่อเดือนมีนาคม ปี 2557 เคยสูบบุหรี่วันละประมาณ 10 มวน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่

บุหรีมาประมาณ 20 ปี ระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการ ประมาณ 22 กิโลเมตร

การอาพาธเป็นวัณโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอาพาธ เริ่มอาพาธและเข้า กระบวนการรักษาวัณโรค เดือนพฤษภาคม 2557 ขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มเป็นวัณโรคปอด ที่รักษาหายแล้วพักกุฏิรูปเดียว สภากฎิที่อยู่เป็นกุฏิชั้นเดียวยกพื้นเล็กน้อย อาศัยอยู่รูปเดียว สภาพแวดล้อมที่กุฏิสะอาด ไม่มีพระสงฆ์รูปอื่นอยู่ด้วย ประตูเปิดแต่หน้าต่างไม่ได้เปิด แม้ในช่วงที่ กำลังรักษาโรค

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคมีความรู้เรื่องโรควัณโรคเป็นอย่างดี คิดว่าตนเองติดวัณโรค จากการนัดญาติใช้กลองยานัตถ์ร่วมเวียนใช้กับคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มของช่างไม้ที่เข้าไปเลื้อยไม้ที่วัด เพื่อสร้างโบสถ์ กับการใช้ยานัตถ์ 1 ปี หลังจากเป็นโรคจึงเลิกนัตถ์ยา ทราบและอธิบายได้ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เมื่อครั้งที่อาพาธเป็นวัณโรคฉันอาหารที่กุฏิตนเองคือ แยกฉันต่างหาก และสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ผ้าถือครองจะซักเอง วันเว้นวันแต่จะไม่นุ่งผ้าซ้าหลังทราบการอาพาธเป็นวัณโรคจะงดการบิณฑบาต งดรับกิจนิมนต์ งดการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนอยู่มาก ๆ กับการเผาขยะเศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เผา จะกำจัดโดยทิ้งในโถห้องน้ำ

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน ได้รับการขึ้นทะเบียนให้คำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่นที่วัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนการดำเนินกิจวัตรทางสงฆ์ที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำมากนัก โรงพยาบาลจะแจกคู่มือที่มีคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจไม่ได้ ดำเนินการดูแลตามระบบการควบคุมการฉันทยา

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นจะมีฆราวาสที่ไปวัดดูแล เฉพาะนำอาหารมาให้ ส่วนการดูแลอื่น ๆ เช่น การทำความสะอาดกุฏิ การซักผ้าปูที่นอน เครื่อง นอนมีเครื่องซักผ้าที่วัดใช้ซัก ไม่ได้ซักทุกวันซึ่งจะทำเองวัดไม่มีรถยนต์ การไปรับบริการตรวจตามนัด โดยรถยนต์ของมารดาถ้ารถยนต์ที่บ้านว่างถ้ารถยนต์ที่บ้านไม่ว่างจะขอใช้รถยนต์องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ

1.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้อื่นมาสู่ตนเอง ละจากตนเองไปสู่ผู้อื่น

1.2 การทำลายขยะเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

2. ระบบสาธารณสุข

2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 2 สัมภาษณ์เดือนกุมภาพันธ์ 2558 ที่วัดแห่งหนึ่งที่บ้านหนองหล่ม อายุ 43 ปี บวชเป็นพระสงฆ์มา 4 พรรษา สถานะภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือ เป็นพระลูกวัด จำพรรษาที่วัดนี้มา 4 พรรษา วัดอยู่ในหมู่บ้าน จำนวนพระสงฆ์ที่วัด 4 รูป ถือนิกายมหานิกาย ไม่เคยมีครอบครัวหรือแต่งงานมาก่อนบวช เป็นคนในชุมชนบ้านหนองหล่ม ประวัติก่อนการบวชจะดื่มสุราเป็นประจำ สุกบู่หรือวันละประมาณ 10 มวน ขณะสัมภาษณ์เลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปีแล้ว มีโรคประจำตัวเรื้อรัง คือ เบาหวานรายใหม่โดยตรวจพบโรคเบาหวาน พร้อมกับการป่วยและนอนรักษาด้วยโรคหัวใจที่โรงพยาบาล ขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มที่กำลังรักษาคือยังไม่ครบการรักษาข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 171 เซนติเมตร ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยรับการตรวจสุขภาพ มาก่อน จึงไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวหรือไม่

การอาพาธเป็นวัณโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอาพาธ เริ่มอาพาธและเข้ากระบวนการรักษาวัณโรค เดือนตุลาคม 2557 รักษาวัณโรคเดือนที่ 5 ขาดนัดและขาดยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดในเดือนที่ 5 ขาดนัดและขาดยาวัณโรคและยาเบาหวานประมาณ 2 สัปดาห์ เนื่องจากคิดว่าตนเองมีอาการดีขึ้นและหายจากวัณโรคแล้ว เมื่อเริ่มอาพาธจะฉันทอาหารที่กุฏิตนเองรูปเดียว กุฏิอยู่ห่างจากกุฏิพระสงฆ์รูปอื่นประมาณ 300 เมตร บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมโปร่งแต่สภาพกุฏิไม่ค่อยถาวร เป็นอาคารยกพื้นเล็กน้อย ตัวกุฏิหลังคามุงสังกะสี ใช้ไม้ยูคาลิปตัสทำเป็นโครงอาคารและไม่อัดปูพื้น ไม่มีห้องน้ำ หากจะเข้าห้องน้ำต้องเดินเข้าไปในวัดซึ่งอยู่ห่างประมาณ 300 เมตร ไม่ค่อยสูงลิ้งกับใคร ผ้าถือครองที่นุ่งห่ม ไม่ได้ซักทำความสะอาดทุกวันประมาณ 5 วัน จึงจะซัก การดูแลความสะอาดกุฏิไม่มีใครดูแลทำความสะอาดให้ บางครั้งจะให้น้องสาวมาทำความสะอาดให้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจมีความรู้เรื่องโรคหัวใจไม่ถูกต้องไม่ทราบว่าตนเองติดวัณโรคได้อย่างไร คิดว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรมเนื่องจากบิดาเคยเป็นมาก่อนเมื่อประมาณสิบปีที่แล้ว หลังการรักษาวัณโรคในระยะเข้มข้น (Active Phase) ที่ยังสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ จะปฏิบัติตนเช่นเดิม คือ บินขบตในตอนเช้า และรับกิจนิมนต์ การเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนอยู่ มาก ๆ ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยกับการเผาขยะเศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เผา ขยะจะเก็บใส่ถุงและนำมาทิ้งที่ถังขยะของวัด มีรถเทศบาลมารับไปกำจัด

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน ได้รับการขึ้นทะเบียนให้คำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ร่วมกับพระสงฆ์ป้อนที่วัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนการดำเนินกิจวัตรทางสงฆ์ที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำมากนัก โรงพยาบาลจะแจกคู่มือที่มีคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจไม่ได้ ดำเนินการดูแลตามระบบการควบคุมการฉันทยา

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น การดูแลทั่วไปเช่นการทำ ความสะอาดกุฏิ การซักผ้าปูที่นอน เครื่องนอนจะดูแลด้วยตนเอง การไปรับการตรวจตามนัดจะจ้าง รถจักรยานยนต์รับจ้างไปตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากวัดและหมู่บ้านที่อยู่ อยู่ห่างจาก โรงพยาบาลยางตลาดประมาณ 6 กิโลเมตร

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ
 - 1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวัณโรคยังไม่ถูกต้องคิดว่าวัณโรคติดต่อโดยเป็น โรคทางพันธุกรรม

- 1.2 การปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องในเรื่องการออกบิณฑบาต การรับกิจนิมนต์ การไม่สวมหน้ากากอนามัย การไม่เผาขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลาย การขาดนัดตรวจ ขาดยา

- 1.3 การรักษาความสะอาดเครื่องนุ่งห่มยังไม่เหมาะสม

2. ระบบสาธารณสุข

- 2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา

3. ระบบการดูแลของวัด

- 3.1 ไม่มีการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ หรือโดยฆราวาส ทั้งในเรื่อง การดูแลการฉันทอาหาร การดูแลเรื่องที่พักอาศัย การช่วยเหลือการเดินทางไปโรงพยาบาล

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 3 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนมีนาคม 2557 ที่วัดแห่งหนึ่งที่ บ้านดอนแคน ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอกันทรวิชัย อายุ 77 ปี ภูมิลำเนาเกิดที่บ้านดอนแคน บวชเป็นพระสงฆ์มา 2 พรรษา สถานะภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นพระลูกวัด จำพรรษาที่วัด นี้มา 2 พรรษา วัดอยู่ในหมู่บ้านพระสงฆ์ที่วัดมี 2 รูป ก่อนบวชแต่งงานมาแล้ว 2 ครั้ง และมีบุตรรวม 5 คน ภรรยาคนแรกหย่าร้าง ภรรยาคนที่สองเสียชีวิตเมื่อสิบปีที่แล้ว บุตรอยู่ ต่างจังหวัดทุกคน ครอบครัวก่อนบวชอยู่กรุงเทพฯ กับภรรยาหลังภรรยาเสียชีวิตได้ไปอยู่กับ บุตรชายที่จังหวัดระยองบ้าง หรือบุตรสาวที่จังหวัดกาญจนบุรีบ้าง กับการกลับมาอยู่บ้านเกิดซึ่งมี

ญาติที่เหลืออยู่ในหมู่บ้านคือน้องสาว เลิกสูบบุหรี่มา 4 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง รักษามา 10 ปีเศษ

การอาหารเป็นวัณโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอาหาร ขณะสัมภาษณ์เป็น พระสงฆ์กลุ่มที่กำลังรักษาวัณโรคปอดครั้งที่ 2 เป็นวัณโรคครั้งแรกเมื่อประมาณ 4 ปีที่แล้ว และครั้งนี้กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาครั้งที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก 39 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ตรวจสุขภาพ ที่โรงพยาบาลจากการไปรับการตรวจรับยาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องที่คลินิกความดันโลหิตสูง แพทย์ปฏิบัติเดี่ยว สภาพภูมิที่อยู่เป็นภูมิลำเนา อาศัยและจำวัดชั้นบน สภาพแวดล้อมที่ภูมิไม่ค่อย สะอาด ชอบมานั่งที่นั่งพักเล็ก ๆ หนักภูมิทำด้วยไม้หลังคามุงจาก ที่นอนไม่ได้รับการเก็บ ประตุภูมิ เปิดแต่หน้าต่างไม่ได้เปิด ไม่มีห้องน้ำในตัว จะออกไปใช้ห้องน้ำรวมของพระสงฆ์ ขณะอาหารฉัน อาหารที่แยกฉันที่ภูมิตนเองต่างหาก สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อต้องพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ผ้าถือ ครองจะซักเองไม่ได้ซักทุกวัน

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคมีความรู้เรื่องโรควัณโรคพอควร เนื่องจากเคยเป็นวัณโรค มาแล้วหนึ่งครั้ง แต่ครั้งนี้ทราบว่าตนเองติดวัณโรคได้อย่างไร คิดว่าครั้งก่อนรักษาครบและแพทย์ อนุญาตให้หยุดยาแล้ว งดบิณฑบาตในตอนเช้า และรับกิจนิมนต์ในระยะที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ โรค (Active Phase) การเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนอยู่มาก ๆ จะสวมหน้ากากอนามัยกับการเผาขยะ เศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เผา

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน ได้รับการขึ้นทะเบียนให้คำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ร่วมกับพระสงฆ์ป้อนที่วัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนการ ดำเนินกิจวัตรทางสงฆ์ที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้พูด หรือให้คำแนะนำมากนัก พยาบาลจะแจกคู่มือที่มีคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจไม่ได้ดำเนินการดูแล ตามระบบการควบคุมการฉันยา

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น การดูแลทั่วไปเช่นการทำ ความสะอาดกุฏิ การซักผ้าปูที่นอน เครื่องนอนจะดูแลด้วยตนเองและมีน้องสาวจะเข้ามาช่วยดูแลทำ ความสะอาดแต่ไม่ได้มาทำให้ทุกวัน จะมาเมื่อน้องสาวว่างจากภารกิจ ขณะจะเก็บใส่ถุงน้องสาวจะ นำมาทิ้งที่ถังขยะของวัด มีรถเทศบาลมารับไปกำจัดการไปรับการตรวจตามนัดจะไปกับรถยนต์สอง แถวที่มีวิ่งไปในอำเภอวันละสองเที่ยว ไปตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลกมลาไสย เนื่องจากอำเภอที่อยู่ เพิ่งแยกออกมาจากอำเภอกมลาไสย ซึ่งโรงพยาบาลและคลินิกวัณโรคต้องไปรับการตรวจและรักษาที่

นั้นระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการประมาณ 18 กิโลเมตรซึ่งทำให้การไปรับบริการของพระสงฆ์รูปนี้ลำบากมากในวันที่แพทย์นัดไปตรวจและรับยาในแต่ละเดือน

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ
 - 1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวินโรคยังไม่ถูกต้อง
 - 1.2 การปฏิบัติยังไม่ถูกต้องในเรื่องการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่ได้เปิดประตูหน้าต่างให้โล่งและรับแสงแดด ไม่ได้กำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายโดยการเผา จะนำขยะไปทิ้งถึงเทศบาลเก็บ
2. ระบบสาธารณสุข
 - 2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา
3. ระบบการดูแลของวัด
 - 3.1 ไม่มีการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ หรือโดยฆราวาส ทั้งในเรื่องการดูแลการฉันทอาหาร การดูแลเรื่องที่พ้ออาศัย การช่วยเหลือการเดินทางไปรับบริการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาล

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 4 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนมีนาคม 2557 ขณะที่ทำกรวิจัยไปสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่ที่บ้านผู้ให้สัมภาษณ์บวชที่วัดแห่งหนึ่งที่ตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ขณะสัมภาษณ์ บ้านที่สัมภาษณ์อยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 2 กิโลเมตร อายุ 56 ปีมาอาศัยอยู่ที่บ้านโพนสิม ตำบลหัวนาคำ อำเภอยางตลาดภูมิลำเนาเดิมเป็นคนบ้านแพรง จังหวัดขอนแก่น บวชที่จังหวัดขอนแก่นมา 13 พรรษา สายมหายานิกายก่อนบวชแต่งงานมาแล้ว 1 ครั้ง มีบุตร 1 คน ภรรยาคนแรกหย่าร้าง หลังบวชที่ขอนแก่นเคยมาอยู่ที่วัดที่ยางตลาด แล้วสึกเพื่อแต่งงานครั้งที่ 2 ภรรยาคนที่สองอยู่ที่ยางตลาดมีบุตรด้วยกัน 1 คน หลังจากนั้นกลับไปบวชอีกครั้งที่ขอนแก่น บางครั้งกลับมาพักที่บ้านที่ยางตลาด

การอาพาธเป็นวินโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองขณะอาพาธ ขณะสัมภาษณ์ เป็นพระสงฆ์กลุ่มที่กำลักรักษาวินโรคปอดครั้งที่ 2 เป็นวินโรคครั้งแรกเมื่อประมาณ 2 ปีที่แล้วได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สลับกับการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น ไม่ให้คำตอบแน่ชัดว่ารักษาครบจนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้หยุดยาหรือไม่ และครั้งนี้กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาครั้งที่ 2 ขณะที่รักษาวินโรคจะมาพักรักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้ไปอยู่ที่วัด จากการสัมภาษณ์ จะอยู่ที่บ้านจนกว่าจะหายจากโรค หากมีกิจในการเทศนาในวันสำคัญทางศาสนา จะมีพระสงฆ์ที่อยู่วัดขอนแก่นติดต่อมาก็จะไป ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติสุขภาพเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับประทานยาเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่ได้ตรวจสุขภาพจะตรวจบางอย่างเมื่อแพทย์สั่งจากการไปรับการตรวจรับยาเบาหวานและยาความดันโลหิตสูงขณะไปรับยาที่โรงพยาบาล

ในบริเวณบ้านที่พัก มีบ้านสองหลัง หลังที่อยู่สภาพเป็นไม้ได้สูงอยู่ด้วยกัน 4 คน คือ ตนเอง ภรรยา บิดาและมารดาของภรรยา แยกกันอยู่เป็นห้อง ๆ สภาพแวดล้อมบริเวณใต้ถุนบ้านไม่ค่อยสะอาด ไม่มีประตูแต่หน้าต่างบนบ้านเปิด ห้องน้ำอยู่ข้างล่างใช้ด้วยกันขณะอาพาธ และรักษาตัวแยกกันอาหารต่างหาก สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ขณะสัมภาษณ์ ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยเนื่องจากการรักษาเดือนที่ 4 พ้นจากระยะแพร่กระจายเชื้อ ผ้าถือครองภรรยาจะซักเองไม่ได้ซักทุกวันเลิกสูบบุหรี่มา 4 ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งรักษามาประมาณ 5 ปีเศษ เคยสูบบุหรี่จัด วันละประมาณหนึ่งซอง ขณะนี้เลิกสูบบุหรี่มา 4 ปี

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคครั้งที่สอง (ครั้งแรกรักษาที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม) กับการรักษาครั้งนี้พยาบาลให้คำแนะนำ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่นที่วัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนการดำเนินกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำมากนัก จะแจกคู่มือที่มีคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการประมาณ 20 กิโลเมตร เมื่อจะไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจและรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจะว่าจ้างรถยนต์ คนที่รู้จักไปส่งเป็นครั้งคราวไป

การปฏิบัติตัวขณะอาพาธ ไม่ได้ซักเครื่องนุ่งห่มทุกวันและไม่ได้เปลี่ยนผ้าที่นุ่งทุกวัน จากคำบอกเล่าจากการสัมภาษณ์ จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยพบปะกับบุคคลอื่น การฉีกแยกกันต่างหาก เนื่องจากมาอยู่ที่บ้านตั้งแต่เริ่มอาพาธ ไม่ได้ยินขบตา แต่किनมนต์ยังรับการเทศหากมีโทรศัพท์ตามให้ไปช่วยเทศ การกำจัดขยะไม่ได้แยกขยะติดเชื้อและไม่ได้กำจัดด้วยวิธีเผา

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ

1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวัณโรคยังไม่ถูกต้อง

1.2 การปฏิบัติยังไม่ถูกต้องในเรื่องการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่ได้เปิด

ประตูหน้าต่างให้โล่งและรับแสงแดดเครื่องนุ่งห่มไม่ได้ซักทุกวันและไม่ได้เปลี่ยนใส่ทุกวันไม่ได้กำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายโดยการเผา จะนำขยะไปทิ้งถังเทศบาลเก็บ

2. ระบบสาธารณสุข

2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา



ภาพประกอบ 3. ขณะสัมภาษณ์พระสงฆ์ผู้อาพาธรูปที่ 4

พระสงฆ์ผู้อาพาธรูปที่ 5 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนมิถุนายน 2557 ที่วัดแห่งหนึ่งที่บ้านหลักเหลี่ยม ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน อายุ 77 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 2 พรรษา สถานะภาพของพระสงฆ์ผู้อาพาธคือเป็นพระลูกวัด ถือนิกายมหานิกาย จำพรรษาที่วัดนี้มา 2 พรรษาวัดที่อยู่ อยู่ท้ายหมู่บ้านห่างจากตัวหมู่บ้านประมาณ 300 เมตร เนื้อที่วัดประมาณ 6 ไร่ มีพระสงฆ์ในวัดทั้งหมด 5 รูป เป็นคนพื้นเพภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรีไม่ได้รับการศึกษาทั้งทางโลกและทางธรรม การอ่านพอดู พอรู้บ้าง อาศัยการจำ แต่เขียนหนังสือไม่ได้ ก่อนบวชเคยผ่านการแต่งงานมีครอบครัวมา 2 ครั้ง มีบุตรเฉพาะกับภรรยาคนแรก 8 คน หย่าร้างกับภรรยาคนแรกแล้วแต่งงานครั้งที่สองไม่มีบุตร พบกับภรรยาคนที่สองที่จังหวัดสมุทรสาคร หลังจากนั้นมาอยู่กับภรรยาคนที่สองที่อำเภอนามน มาอยู่ที่อำเภอนามน 36 ปี และภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 2 ปีที่แล้ว หลังจากภรรยาเสียชีวิตจึงบวช ประวัติทางสุขภาพปัจจุบันมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เมื่อ 20 ปีที่แล้วเคยเป็นตับแข็งและนิ่วในไต รักษาโดยการสลายนิ่วที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังจากนั้นเลิกดื่มสุรา บุหรี่เลิกมาประมาณ 10 ปี ข้อมูลสุขภาพขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตร

ปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพจะตรวจบางอย่างที่แพทย์ให้ตรวจเมื่อไปรับยา ความดันโลหิตสูงกับแพทย์ที่โรงพยาบาลนาน

การอาหารเป็นวัณโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอาหาร เริ่มอาหารและเข้า กระบวนการรักษาวัณโรคปี 2558 ขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มเป็นวัณโรคปอดที่กำลังรักษา ขณะอาหารพักที่ภูมิลำเนา สภาภพภูมิลำเนาเป็นภูมิลำเนาชั้นเดียวยกพื้นสูงเล็กน้อย สภาพแวดล้อมที่ภูมิลำเนา สะอาด ประตูและหน้าต่างเปิดโล่ง การฉันทันอาหารที่ฆราวาสจัดหาถวายนั่งฉันทันร่วมกับพระสงฆ์ รูปอื่น แต่แยกสำหรับไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยผ้าถือครองจะซักเอง การซักจีวรซัก 3 – 4 วันต่อครั้ง สบและอังสะซักทุกวันเปลี่ยนใช้ทุกวันไม่นุ่งซ้ำ

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องโรควัณโรค ไม่ทราบว่า ตนเองติดวัณโรคมาอย่างไร ไม่ทราบและอธิบายไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค หลังทราบว่าอาหารเป็นวัณโรคแม้ในระยะแพร่กระจายเชื้อโรดยังคงบิณฑบาต และรับกิจนิมนต์ ทำอุโบสถร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่นกับการเข้าไปอยู่ในที่ที่มีผู้คนอยู่มาก ๆ ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ขณะเศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลาย ไม่ได้เผาจะเก็บรวบรวมกับขยะอื่นใส่ถุงทิ้งถังขยะวัด มีรถเทศบาลมารับไปกำจัด

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 15 วัน เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยอื่นเมื่อเริ่มรักษา หลังได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย คำแนะนำการดูแลรักษา การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ คำแนะนำ เมื่ออยู่ที่วัด การดำเนินกิจวัตรทางสงฆ์ที่เกี่ยวข้อง อย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรคไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำมากนัก โรงพยาบาลจะแจกคู่มือที่มีคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจ แต่เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ และไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคแก่ผู้อื่น จึงไม่ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น เจ้าอาวาสไม่ได้จัดระบบ เพื่อดูแลผู้ให้สัมภาษณ์จะปฏิบัติและดูแลตนเองเหมือนเมื่อไม่ได้อาหาร จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์อธิบายว่าจะต้องบิณฑบาตและฉันทันอาหารที่ได้จากการบิณฑบาตแต่ก็มีฆราวาสนำปิ่นโต อาหารมาเสริมจัดแต่งสำหรับสำหรับพระสงฆ์ทุกรูปที่วัดในทุกวัน ส่วนการดูแลอื่น ๆ เช่น การทำความสะอาดกุฏิ การซักผ้าปูที่นอน เครื่องนอนจะทำเองวัดไม่มีรถยนต์ การไปรับการตรวจตามนัด จะเหมารถยนต์รับจ้างไป บางครั้งมีบุตรบุญธรรมที่เป็นบุตรของเพื่อนบ้านที่สนิทกันมาดูแลแต่เป็นผู้หญิง จึงไม่ได้ให้ช่วยมากนักระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาหารเดินทางไปรับบริการ ประมาณ 12 กิโลเมตร

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ

1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวัณโรคยังไม่ถูกต้องเนื่องจากอ่านหนังสือคู่มือไม่ออกและคำแนะนำที่พยาบาลให้ จำไม่ได้

1.2 การปฏิบัติยังไม่ถูกต้องในเรื่องที่อยู่อาศัยสะอาดพอควรแต่ไม่มีเปิดประตูหน้าต่างให้โล่งและรับแสงแดด ไม่ได้กำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายโดยการเผา จะนำขยะไปทิ้งถังเทศบาลเก็บ

2. ระบบสาธารณสุข

2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา

3. ระบบการดูแลของวัด

3.1 ไม่มีการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ หรือโดยฆราวาส ทั้งในเรื่องการดูแลการฉันทอาหาร การดูแลเรื่องที่พักอาศัย การช่วยเหลือการเดินทางไปรับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาล

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 6 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนกันยายน 2557 ที่วัดแห่งหนึ่งที่ตำบลยางตลาด อำเภอยางตลาด อายุ 63 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 14 พรรษา สถานะภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นพระลูกวัด จำพรรษาที่วัดนี้มา 11 พรรษา วัดอยู่ในหมู่บ้าน จำนวนพระสงฆ์ที่วัดมี 6 รูป ถือนิกายมหานิกาย ไม่เคยมีครอบครัวหรือแต่งงานมาก่อน บวช การศึกษาทางโลกจบปริญญาตรี การศึกษาทางธรรมจบนักธรรมเอก ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดลพบุรี และย้ายมาอยู่ที่อำเภอยางตลาดกับพระสงฆ์และแม่ชีรวม 6 รูป ที่วัดตั้งอยู่ในชุมชน ข้อมูลสุขภาพขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 174 เซนติเมตร ความดันโลหิต 118/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพ มีโรคประจำตัวคือโรคหนังแข็ง เคยสูบบุหรี่วันละประมาณหนึ่งซอง ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มา 18 ปี ไม่เคยดื่มสุราก่อนบวชเป็นคนชอบพูดชอบคุย ประวัติครอบครัวเคยดูแลคุณยายที่เป็นวัณโรคเมื่อตอนที่อายุ 18 ปี

การอาพาธเป็นวัณโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองขณะอาพาธ เริ่มอาพาธและเข้ากระบวนการรักษาวัณโรคปี 2556 ขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มเป็นวัณโรคปอดที่รักษาหายแล้วพักกุฏิรูปเดียว สภาพกุฏิที่อยู่เป็นกุฏิชั้นเดียวยกพื้น สภาพแวดล้อมที่กุฏิสะอาด ประตูและหน้าต่างเปิดโล่ง ขณะอาพาธ การฉันทอาหาร ฉันทโดยฆราวาสจัดหาถวายสำหรับแยกจากพระสงฆ์รูปอื่น สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่พูดคุยกับพระสงฆ์และฆราวาสอื่น ผ้าถือครอง การซักจีวรซักทุกวัน เปลี่ยนนุ่งทุกวันไม่ซ้ำการทำมาสะอาดที่อยู่อาศัย การฉันทยา จะมีพระสงฆ์ที่สนิทคุ้นเคยที่อยู่วัดเดียวกันแต่อายุอ่อนกว่าคอยช่วยดูแลในทุกเรื่อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 เป็นอย่างดี คิดว่าตนเองติดโควิด-19 จากคุณยายที่ตนเองเคยดูแลเมื่อ 40 ปีที่แล้ว ทราบและอธิบายได้ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค หลังทราบว่าอาพาธเป็นโรคโควิด-19 จะงดการบิณฑบาต งดรับกิจนิมนต์ งดการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนอยู่มาก ๆ กับการเผาขยะเศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายจะกำจัดโดยการเผา

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคโควิด-19 แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน ได้รับการขึ้นทะเบียนให้คำแนะนำการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องอยู่ร่วมกับพระสงฆ์ที่วัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งยาที่ฉันทอนเย็นมีฤทธิ์ข้างเคียงคืออาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและเหนื่อยอ่อนเพลียแพทย์จึงให้ผู้ป่วยทั่วไปรับประทานหลังอาหารมื้อเย็นเพื่อที่จะได้นอน โดยไม่ต้องทำกิจกรรมอย่างอื่นลดการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ ถือปฏิบัติตามพระวินัยอย่างเคร่งครัดไม่ฉันทอนเย็น จึงเปลี่ยนเวลาฉันทอนมาเป็นฉันทอนหลังเพล คำแนะนำที่มีในคู่มือจะเน้นการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนการดำเนินกิจวัตรทางสงฆ์ที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำ พยาบาลจะใช้วิธีแจกคู่มือที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ให้กับผู้ป่วยทั่วไปและให้อ่านทำความเข้าใจเนื่องจากคิดว่าเป็นคำอธิบายที่พอจะทำความเข้าใจได้ นอกนั้นจะมีส่วนของการบันทึกการฉันทอนยาทุกวันและการกลับมารับการตรวจตามนัด

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น จะมีฆราวาสคอยดูแลเฉพาะนำอาหารมาให้ ส่วนการดูแลอื่นๆ เช่นการทำความสะอาดกุฏิ การซักผ้าปูเตียง เครื่องนอนมีเครื่องซักผ้าที่วัดใช้ซักทุกวัน มีพระสงฆ์หนึ่งรูปในวัดคอยดูแล วัดมีรถยนต์ เป็นของเจ้าอาวาส การไปรับการตรวจตามนัดใช้รถยนต์ของฆราวาสที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตลาดที่รู้จักและคุ้นเคยกันพาไปโรงพยาบาลและจะมีพระสงฆ์ที่คอยดูแลมาด้วยทุกครั้ง เป็นการช่วยเหลือไม่ได้กำหนดโดยเจ้าอาวาสหรือระบบวัดระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการประมาณ 4 กิโลเมตร

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ
 - 1.1 ที่อยู่อาศัย ไม่ได้เปิดประตูหน้าต่างให้โล่งเพื่อรับแสงแดดที่จะช่วยฆ่าเชื้อโรคบริเวณที่อยู่อาศัย
2. ระบบสาธารณสุข
 - 2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทอนยา

3. ระบบการดูแลของวัด

3.1 ไม่มีระบบการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ ที่ช่วยดูแลอาสาช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นผู้คุ้นเคยสนิทสนมกันไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสั่งการจากเจ้าอาวาสการช่วยเหลือ การเดินทางไปมีฆราวาสที่คุ้นเคย รับอาสาพาไปโรงพยาบาลในวันที่แพทย์นัดตรวจและรับยาที่โรงพยาบาล

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 7 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนเมษายน 2558 ที่วัดแห่งหนึ่งที่ ตำบลเหนือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อายุ 57 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 12 พรรษา สถานภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นเจ้าอาวาสวัดจำพรรษาที่วัดนี้มา 12 พรรษา การศึกษาทางโลก จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 การศึกษาทางธรรมจบนักธรรมเอกวัดที่อยู่ อยู่ในหมู่บ้านเนื้อที่วัด ประมาณ 7 ไร่ มีพระสงฆ์ทั้งหมดในวัด 3 รูป ภูมิลำเนาเป็นคนในหมู่บ้านที่วัดตั้งอยู่ ถือนิกาย มหานิกาย ก่อนบวชไม่เคยผ่านการแต่งงานมาก่อน ประวัติทางสุขภาพปัจจุบัน มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานตรวจพบพร้อมกันกับการไปตรวจความผิดปกติเรื่องมีไข้ ไอเรื้อรัง และพบว่าเป็น วัณโรคปอดไปรับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลสุขภาพ ขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ความดันโลหิต 120/82 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพมาก่อนเมื่อมีอาการไม่สบาย จะไป ตรวจที่คลินิกกับแพทย์เนื่องจากไม่ยากไปรระบบการรักษาของโรงพยาบาลของรัฐ กับการอาพาธ ในครั้งนี้เมื่อต้องเข้าอนรักษที่โรงพยาบาล หลังกลับมาได้ยากกลับมาได้ยารักษาเบาหวานและยา รักษาวัณโรคมาฉับ การรักษาวัณโรค เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติคือไอเรื้อรัง หอบ เหนื่อยน้ำหนักตัว ลดลง 6 กิโลกรัม ฆราวาสที่ใกล้ชิดจึงพาไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่จังหวัดร้อยเอ็ด แพทย์วินิจฉัยยอนรักษา 3 วัน แพทย์ให้ยากลับมารับประทาน 2 สัปดาห์และให้มารับยาต่อที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัดขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ที่กำลังรักษา พักกุฎีรูปเดียวไม่ได้พักกับพระสงฆ์รูปอื่นแต่มีลูกศิษย์วัดที่เป็นเยาวชนที่บิดามารดา ให้มาอยู่กับพระ ที่วัด สภาพกุฎีที่อยู่เป็นกุฎีสองชั้นเป็นปูน สภาพแวดล้อมที่กุฎีสะอาดพอควร ประตูและหน้าต่าง ปิดบางครั้งจะเปิดเฉพาะประตู อากาศไม่ค่อยถ่ายเท ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์ กลุ่มที่เพิ่งเป็นวัณโรคครั้งแรกและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้เรื่องโรควัณโรคมีความรู้เรื่องโรคพอควร ไม่ทราบว่าตนเองติดวัณโรคมาอย่างไร ทราบและอธิบายถูกต้องเกี่ยวกับการงดรับกิจนิมนต์ 1 เดือน ในระยะแรกที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค งดบิณฑบาต 1 เดือน การฉันอาหาร แยกฉันรูปเดียวที่กุฎี 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค งดทำอุโบสถร่วมกับพระสงฆ์ รูปอื่น กับการเข้าไปอยู่ในที่ที่มีผู้คนอยู่มาก ๆ จะสวมหน้ากากอนามัย ขยะเศษกระดาษชำระ ที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เผาจะเก็บรวบรวมกับขยะอื่นใส่ถุงทิ้งถังขยะวัด มีรถเทศบาลมารับไปกำจัด

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 3 วัน แพทย์ที่โรงพยาบาลที่ร้อยเอ็ดให้ยา 14 วัน และให้ กลับมารับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรับยาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด คำแนะนำการดูแลขณะ รักษาได้ความรู้เบื้องต้นจากโรงพยาบาลที่รักษาครั้งแรก หลังกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล จังหวัดพยาบาลที่ดูแลคลินิกจะขึ้นทะเบียนการรักษาและแจกคู่มือที่มีคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ เกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัว การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอการสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การบันทึกการฉันทายทุกวันและการกลับมารับการตรวจตามนัด

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น จะมีฆราวาสนาป็นโตไป ทำบุญที่วัดแต่งสำหรับอาหารไปที่กุฏิแยกฉันต่างหาก ส่วนการดูแลอื่นๆ เช่น การทำความสะอาดกุฏิ มีเยาวชนลูกศิษย์ทำความสะอาดให้ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยเห็นลักษณะห้องที่ใช้อยู่ทั่วไปมีหลายห้อง ห้องที่นั่งพูดคุยจะโล่ง มีประตูและหน้าต่างเปิดโล่งแต่มีบางห้องที่ทึบ การซักผ้าถุงห่ม เครื่องนอนลูก ศิษย์วัดทำให้วัดมีรถยนต์กระบะใช้ 1 คัน การไปรับการตรวจตามนัดจะให้ลูกศิษย์วัดคือผู้ใหญ่บ้าน ขับรถยนต์พาไประยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการประมาณ 5 กิโลเมตร

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ

1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวัณโรคยังไม่ถูกต้องเนื่องจากห้องนอนเปิดแอร์ ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยวัณโรคการอยู่ในห้องแอร์ อากาศที่หมุนเวียนในห้องจะเป็นอากาศที่มีเชื้อโรค จะต้องอยู่ในที่โล่งอากาศถ่ายเทสะดวก

1.2 การปฏิบัติยังไม่ถูกต้องในเรื่องการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่ได้เปิด ประตูหน้าต่างให้โล่งและรับแสงแดดไม่ได้กำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายโดยการเผา จะนำขยะไปที่ ถึง ให้เทศบาลเก็บ ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

2. ระบบสาธารณสุข

2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทาย

3. ระบบการดูแลของวัด

3.1 ไม่มีระบบการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ ถ้ามีพระสงฆ์ที่อาพาธ เป็นวัณโรคในวัดจะใช้วิธีการให้กลับไปอยู่กับญาติที่บ้าน

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 8 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2558 ที่วัดแห่งหนึ่งที่ตำบล ห้วยโพธิ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อายุ 44 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 7 พรรษา สถานะภาพของ พระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นพระลูกวัดจำพรรษาที่วัดนี้มา 4 พรรษา วัดอยู่ในหมู่บ้าน จำนวนพระสงฆ์ ที่วัดมี 4 รูป ถือนิกายมหานิกาย ไม่เคยมีครอบครัวหรือแต่งงานมาก่อนบวชการศึกษาทางโลกจบ

ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย การศึกษาทางธรรมจบนักธรรมเอก ภูมิลำเนาเป็นคนพื้นที่ ที่วัดตั้งอยู่ ข้อมูลสุขภาพขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ความดันโลหิต 138/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพ ไม่เคยพบว่ามีโรคประจำตัว เคยสูบบุหรี่วันละ 2-3 มวน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ 3 ปี เคยติดสุราก่อนบวช เป็นคนชอบเก็บตัว ไม่ค่อยพบปะพูดคุยกับใครประวัติครอบครัวบิดาเคยเป็นวัณโรคเมื่อ 20 ปีที่แล้ว

การอาพาธเป็นวัณโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอาพาธ ขณะสัมภาษณ์เป็นพระสงฆ์กลุ่มที่กำลังรักษาวัณโรคปอดครั้งแรกเริ่มรักษา 18 มิถุนายน 2558 ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก 39 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพ พักกุฏิรูปเดียว สภาพกุฏิที่อยู่เป็นกุฏิ ชั้นเดียวยกพื้นด้านล่างจะเลี้ยงแพะซึ่งทำให้มีกลิ่นเหม็น มีห้องน้ำในตัว สภาพแวดล้อมที่กุฏิไม่ค่อยสะอาด ประตูและหน้าต่างกุฏิไม่ค่อยไม่เปิด ขณะอาพาธฉันอาหารที่แยกฉันที่กุฏิตนเองต่างหาก สวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้งเมื่อต้องพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ผ้าถือครองจะซักเอง 2 วันต่อครั้ง

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้เรื่องโรควัณโรคมีความรู้เรื่องโรคพอควร ไม่ทราบว่าตนเองติดวัณโรคมาอย่างไร ทราบและอธิบายถูกต้องเกี่ยวกับการรับกิจนิมนต์ และงดบิณฑบาต ในระยะแรกที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค การฉันอาหาร แยกฉันรูปเดียวที่กุฏิ 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค งดทำอุโบสถร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น กับการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนอยู่มากๆ จะสวมหน้ากากอนามัย แต่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดต่อของโรคคือคิดว่าควนบุรีทำให้เกิดเป็นวัณโรค ขยะเศษกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เผาจะเก็บรวบรวมกับขยะอื่นใส่ถุงทิ้งถังขยะวัด มีรถเทศบาลมารับไปกำจัด

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 3 วัน แพทย์ที่โรงพยาบาลอนุญาตให้กลับบ้านหลังกลับวัดไปรับประทายยามีอาการแพ้ยาต้องกลับไปนอนรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อีกครั้งผู้พยาบาลที่รับผิดชอบไม่ได้พูดหรือให้คำแนะนำมากนักคำแนะนำจะสามารถดูได้จากคู่มือการรักษาของผู้ป่วย หลังกลับวัดรับประทายรักษาพระสงฆ์ผู้อาพาธมีอาการข้างเคียงของยาและต้องกลับมานอนรักษาอีกครั้งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ครั้งที่สองที่นอนรักษาแพทย์ปรับยาให้ใหม่ซึ่งการนอนที่โรงพยาบาลครั้งนี้นานหนึ่งสัปดาห์ ระยะห่างจากวัดถึงโรงพยาบาลที่พระสงฆ์ผู้อาพาธเดินทางไปรับบริการในแต่ละครั้งประมาณ 7 กิโลเมตร

ระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลของญาติพี่น้องในครอบครัวมาช่วยดูแลเช่นการทำความสะดวกกุฏิ การทำความสะอาดซักผ้าปูที่นอนเครื่องนอนให้ การไปรับบริการตรวจตามนัดจะให้พี่เขยพาไปโรงพยาบาล เจ้าอาวาสจะให้ฆราวาสช่วยดูแลเรื่องอาหารไปถวายที่กุฏิแยกฉันต่างหากจากพระสงฆ์รูปอื่น

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ
 - 1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษายังไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าตนเองติดโรคมาได้อย่างไร แต่เมื่อ 20 ปีก่อน บิดาเคยป่วยเป็นวัณโรคและเสียชีวิตด้วยวัณโรค คิดว่าวัณโรคเกิดจากการสูบบุหรี่
 - 1.2 ไม่ได้เผาขยะ ที่เป็นกระดาษชำระที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลาย
2. ระบบสาธารณสุข
 - 2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา
3. ระบบการดูแลของวัด
 - 3.1 เจ้าอาวาสไม่ได้มีระบบการช่วยเหลือดูแลกันในวัดโดยพระสงฆ์ หรือ

ผลรวม

พระสงฆ์อาพาธรูปที่ 9 สัมภาษณ์ เมื่อเดือนสิงหาคม 2558 ที่วัดแห่งหนึ่ง ที่ตำบลหนองสรวง อำเภอหนองกุงศรี อายุ 76 ปี บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา 3 ครั้งครั้งล่าสุดบวชมาได้ 5 พรรษา สถานะภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธคือเป็นพระลูกวัด เดิมบวชที่วัดบ้านหนองสรวง อำเภอหนองกุงศรีไม่ได้อยู่จำพรรษาที่วัดใด จะออกธุดงค์ไปตามวัดต่าง ๆ ที่เคยไป และที่รู้จักและไปพักค้างที่วัดหลายวัดแห่งละ 1 ถึง 2 คืน ก็จะธุดงค์ไปที่อื่นต่อ ถือนิกายธรรมยุตินิกาย เคยมีครอบครัวหรือแต่งงานมาก่อนบวช มีบุตร 1 คน และอาศัยอยู่อำเภอห้วยเม็กและได้หย่าร้างกับภรรยา การศึกษาทางโลกจบชั้นประถมศึกษาตอนต้นไม่ได้ศึกษาทางธรรม ภูมิลำเนาเป็นคนอำเภอหนองกุงศรี มีญาติที่เป็นน้องชายอาศัยที่อำเภอขามเฒ่า ช่วงที่ลาสิกขาเคยมาอาศัยอยู่กับน้องสาวอยู่ระยะหนึ่ง จึงไปบวชอีกครั้ง ข้อมูลสุขภาพขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ประวัติการตรวจสุขภาพไม่เคยตรวจสุขภาพ มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ คือหูตึงเนื่องจากได้รับการรักษาวัณโรคด้วยยาฉีด จากการที่ผู้ให้สัมภาษณ์รับการรักษาวัณโรคไม่ครบตามที่แพทย์ให้รักษา จะหยุดการรักษาเอง และเมื่อมีอาการไข้ เหนื่อย หอบ จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขามเฒ่าบ้าง โรงพยาบาลห้วยเม็กและโรงพยาบาลหนองกุงศรีบ้าง แล้วแต่จะเดินทางไปอยู่ใกล้พื้นที่ของโรงพยาบาลใด และจะออกจากโรงพยาบาลเองโดยที่แพทย์ยังไม่อนุญาตสูบบุหรี่วันละ 4 – 5 มวน ปัจจุบันยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ประวัติครอบครัวมารดาเคยเป็นวัณโรคเมื่อ 40 ปีที่แล้วและเสียชีวิตด้วยวัณโรคและช่วงที่มารดาท่านป่วยเป็นวัณโรคนั้นอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค ผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้เรื่องโรควัณโรคอยู่บ้างคิดว่าตนเองติดวัณโรคมาจากมารดา ในระยะแรกที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค สวมหน้ากากอนามัยบ้างและไม่

สวมหน้ากากอนามัยบ้าง การฉันทอาหารถ้าไปพักที่วัดใดวัดหนึ่งที่ไปขอพักค้าง จะขอให้ฆราวาสนำอาหารไปให้และจะอยู่แบบแยกตัว ไม่ได้ปฏิบัติกิจของสงฆ์

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเริ่มรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์ให้อยู่รักษาที่โรงพยาบาล 5 วัน อาการทั่วไปดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลได้ยากลับไปจะฉันทยาบ้างไม่ฉันทบ้าง และไปรับการรักษาตามนัด เจ้าหน้าที่ออกติดตามไม่พบระบบการดูแลของวัดและการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ท่านจะถูกต้องไปเรื่อยๆ ไม่มีการดูแลเฉพาะหรือกับญาติพี่น้องคนใดคนหนึ่ง จะไปอยู่กับญาติพี่น้องที่รู้จักคุ้นเคย เวียนไป การทำความสะอาดซักผ้านุ่มห่ม เครื่องนอนไม่ชัดเจนจะไม่ไปรับการตรวจตามนัดที่แพทย์ที่โรงพยาบาลนัด จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการไข้ หอบ แต่เท่าที่สอบถามจะมีอาการไอตลอด

สรุปปัญหาที่พบ

1. ตัวผู้ป่วย/พระสงฆ์ที่อาพาธ

1.1 ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวัณโรคยังไม่ถูกต้องคิดว่าวัณโรคติดต่อโดยเป็น

โรคทางพันธุกรรม

1.2 การปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง คือไม่สวมหน้ากากอนามัยแม้จะต้องพูดคุยพบปะกับบุคคลอื่น ขยะที่เปื้อนน้ำมูกน้ำลายไม่ได้เก็บและทำลายโดยการเผา การขาดนัดตรวจ ขาดยาวัณโรค ไม่เข้ากระบวนการรักษา จะไม่อยู่กับที่โดยมีการถูกต้องไปตามที่ต่างๆ ทั้งวัดและบ้านญาติ รวมถึงคนที่รู้จักโดยไปอาศัยอยู่ชั่วคราวแห่งละวัน สองวันแล้วก็ไปที่อื่นๆ

1.3 การรักษาความสะอาดเครื่องนุ่มห่มไม่เหมาะสม

2. ระบบสาธารณสุข

2.1 ไม่ได้รับการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขคือไม่มีผู้ควบคุมการฉันทยา

2.2 การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เยี่ยมไม่ได้เนื่องจากไม่อยู่

ประจำที่

สรุปได้จากประวัติเบื้องต้น ถึงการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จะมีความคิดและพฤติกรรมแบบหลากหลาย การดูแลเสุสุขภาพและการรักษาเมื่ออาพาธส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและรับการรักษาจนครบและหาย มีพระสงฆ์หนึ่งรูปที่ไม่ยินดีเข้ากระบวนการรักษา

พฤติกรรมดูแลเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นวัณโรค บางรูปมีข้อสันนิษฐานที่พอจะทราบได้ว่าตนเองติดโรควัณโรคมาได้อย่างไร แต่มีบางรูปไม่ทราบว่าติดวัณโรคได้อย่างไร แต่มีข้อสันนิษฐานได้จากการทบทวนเหตุการณ์หลังจากได้รับทราบคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลว่าโรคนี้

เป็นโรคที่เกิดจากการเข้าไปอยู่ในที่ชุมชน โดยทั่วไปชีวิตประจำวันพระสงฆ์จะดำเนินวิถีไปตามปกติ เมื่อรู้ตัวก็มีอาการไอ หายใจหอบ มีไข้และน้ำหนักตัวลดลง ในระยะแรกที่เริ่มมีอาการคือมีอาการไอมักไม่คิดว่าตนเองเจ็บป่วย หลังจากที่ได้ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลจึงทราบว่าตนเป็นวัณโรค

“คิดว่าเป็นหวัด เป็นไข่อื้อๆกะมีอาการไอบ่อย ๆ เป็นมาเดือนนึงก็เลยไปหาหมอ”

พระสงฆ์อาพาธ ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“จึกว่าเป็นจิงไต มันบอเป็นตาอยู่ในคิง หันใจบออิม มันมีแต่อยากไอ ไข้เกือบทุกมือ กินข้าวกะบอค่อยไต่ มันบออยาก น้ำหนักลดลงหลายกิโลอยู่”

พระสงฆ์อาพาธ ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 7

“ตั้งแต่ที่แรกมันบอฮู้ กะปฏิบัติกิจตามปกติ บอไต่ป้องกันอิหยัง ฉันกะสิฉันรวมพากับ พระองค์อื่น เพราะว่าอยู่วัดนี้สิฉันรวม แต่หลังจากไปตรวจ ฮู้ว่าเป็นหยัง หมอกะสิให้แยกฉัน ต่างหาก” พระสงฆ์บางรูปที่ร่วมงานวิจัยทราบว่าตนเองติดโรควัณโรคมาโดยการเข้าพักผ่อนยามนต์ุ่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 7

“ไอมาก่อนเลยโยม ไอเรื่อรัง ไม่ค่อยมีเสมหะนะ ทำอะไรนิดๆ หน่อยๆ เหนื่อยจิง ครันเนื้อครันตัว หลวงพี่เขาชวนมาตรวจ ถึงได้รู้ว่าเป็นวัณโรค”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 6

“ฮู้ยิวาติวัณโรคย่อนันต์ถยา ใช้กล้องยานันต์ถุกับพูนัน บ่านนี้สินัดยานำกันเหมิตบ้าน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

พระสงฆ์บางรูปมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดต่อของโรค ซึ่งพระสงฆ์รูปนี้อาพาธเป็นวัณโรคครั้งที่สองท่านได้อธิบาย

“อาตมาคิดว่า อาตมาเป็นนักเทศน์ รับเทศน์ทั่วประเทศแล้วแต่สิมีเฝมาติดต่อ มีงานอาจารย์เพื่อนสิติดต่อมา อาตมาคิดว่าติวัณโรคมามาจากไมโครโฟนแล้วกะมีช่วงหนึ่งที่อาตมาไปกับมูพระรูปหนึ่งเพื่อนเป็นวัณโรคไปรักษาตามนัดบ้างไม่ค่อยไปตามหมอนัดบ้าง ไปนำเพื่อนสองสามเทือ มีเทือนึงไปโรงพยาบาลกับเพื่อน กะนั่งรถไปด้วยกัน กะอาจติดจากสาเหตุนี้ก็ได้”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 4

จากกิจวัตรที่มีเวลาเป็นสิ่งที่กำหนดความเคร่งครัด ให้พระสงฆ์ถูกปลูกฝังความมีระเบียบวินัย ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับค่ายทหาร แต่จะแตกต่างกันตรงที่ค่ายทหาร มีครูฝึกที่เป็นผู้ควบคุมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบและกำกับด้วยบทลงโทษหากผิดระเบียบ ในขณะที่พระสงฆ์ต้องควบคุมตนเองให้มีระเบียบตามศีลและกิจวัตรตามเวลาซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเอาชนะใจตนเองตลอดเวลา

“มันก็ดีน้ำมันก็คือเราผ่านมาแล้วก็เหมือนวินัยตำรวจ วินัยทหารน้ำมันก็เหมือนกันมันคิดกันแต่ว่าไอ้ทางนั้นพอผิดแล้วเป็นทหารพอผิดแล้วมันโดนขังถูกทำโทษใช้ไหมถ้าศีลพระนี่ผิดเป็นอาบัติเป็นทางใจ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

ผู้ดูแลขณะอาพาธ

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์เมื่ออาพาธมักไม่มีการดูแลที่ชัดเจน พระสงฆ์เมื่ออาพาธมักไม่มีผู้ดูแลหากเป็นพระสงฆ์ที่ยังไม่ชรา เมื่ออาพาธและไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลก็จะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พระสงฆ์ที่อยู่ในวัยชราและเป็นพระสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องที่อยู่ในหมู่บ้าน ลูกหลานจะเข้ามาดูแล ถ้าพระสงฆ์รูปนั้นเป็นพระสงฆ์ที่มาจากถิ่นอื่นเจ้าอาวาสจะให้พระสงฆ์รูปที่อ่อนชันขามาดูแลจากผู้ดูแล พระสงฆ์ที่อายุไม่มากมักจะดูแลตนเอง

“กะได้หลานนั้นหละ เป็นผู้ดูแล แต่วาเขาจะเป็นแมียงบางเพื่อเขาจะให้ลูกชายเขามาเบิงมาดูแล เป็นครั้งคราว เรื่องอาหารการกินช่วงที่อาพาธ กะเขานั้นหละ ผ้าเขาจะสัมาซักให้ ส่วนเรื่องยา กินเอาเอง”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 9

“บอม่ไผ่มาดูแลดอก แต่เฮ็ดเองได้ยู เมื่อยแนยูแต่พอดูแลเจ้าของได้ ยังแข็งแรงยู พอแม่พี่น้องกะบอได้ให้เพิ่นมายาก มีเฮ็ดนำกะเรื่องอาหารเพิ่นแต่งมาให้ ฉันยูกุฎิ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“อาตมาชอยเหลือตนเองได้ยู ไปบิณฑบาตกะพอได้ ยากแนกะไปโรงพยาบาล ใหน้องพาซ้อนมอเตอร์ไซด์ไป”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“บอได้ให้พุได้มาเบิงดอกโยม บอได้เฮ็ดอิหยังเมื่อยกะนอน ผ้าบางเพื่อกะใหน้องมาซักให้ มาบัตมากวาดให้เพิ่นกะยาก”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“ไม่มีใครดูแลหรือกโยม อาตมาไม่มีญาติ อยู่ที่นี่ไม่มีลูกไม่มีหลานตัวเอง ทำเองก็ได้ อยู่ไม่ได้ล้มหมอนนอนเสื่อ ไม่ไปบิณฑบาตก็ไม่ได้ฉัน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

สรุปการดูแลขณะอาพาธ โดยมีบุคคลอื่นมาช่วยนั้น สำหรับพระสงฆ์ที่อายุยังไม่มาก มักไม่ทำให้ใครมาดูแลช่วย เนื่องจากตนเองยังพอทำเองได้ และไม่เอยารบกวนผู้อื่น สำหรับพระสงฆ์ที่เป็นพระสงฆ์สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยอาพาธจะไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง เหนื่อยอ่อนเพลียก่อปรกกับการรับประทานยาที่มีอาการข้างเคียงหลายอาการ ทำให้พระสงฆ์ที่สูงอายุ หรือพระสงฆ์ที่ไม่สูงอายุแต่อาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากๆ ยังคงต้องมีคนคอยดูแลในบางเรื่อง

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธ

วัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อทางการหายใจ โดยปกติเชื้อจะแพร่จากผู้ป่วยวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นทางละอองเสมหะ ซึ่งอาจได้รับเชื้อจากผู้ป่วยจากการพูด การไอ และการจาม เชื้อวัณโรคที่ปนออกมากับละอองเสมหะจะมีชีวิตลอยอยู่ในอากาศหลายชั่วโมง และเมื่อมีผู้สูดหายใจเอาเชื้อโรคเข้าไปจนถึงถุงลมในปอดเชื้อโรคจะก่อตัวในปอด นานไปเกิดการอักเสบ มีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย

“อาตมาเคยพาพระองค์นี้ไปหาหมอ หมอว่าเพ็นเป็นโรคปอด นั่งรถคันเดียวกันกับเพ็นไปเสมสาใส่ตู้บ่อได้สวมหน้ากากอนามัย กะเลยคิดว่าติดวัณโรคกับเพ็น”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 4

“คิดว่าติดโรคตอนที่ใช้กล่องยานต์น้ำกัน ยืมกันใช้ ใช้กันหมดหมู่บ้านเลย น่าจะเป็นวัณโรคเพราะนัดยาร่วมใช้กล่องยานต์อันเดียวกันนี้แหละ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“บอู้ดีกว่าเป็นวัณโรคได้จึงได้อาตมาบอู้ฮลิ แต่ก็พอเพ็นเพ็น เพ็นเพ็นมา 10 กัวปีแล้ว เกี่ยวกันบอโยม พอตรวจวาเป็นวัณโรคกะตรวจพ้อเบาหวานนำ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“อาตมาก็ไม่รู้เหมือนกันว่าติดวัณโรคมาได้ยังไง”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

“แต่ก่อนแม่อาตมาเป็นโรคปอด เพ็นตายกะยอนโรคปอดนี่ละ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 9

“วัดที่อยู่นี้เป็นสำนักสงฆ์ พระมี 3 รูป ภูมิลำเนาเดียว อาตมาอนที่ศาลากับเจ้าอาวาส มุมศาลาด้านบนจะใช้ตุ๊กกันเป็นห้องอาตมาอยู่ห้องหนึ่ง ท่านเจ้าอาวาสอยู่อีกห้องหนึ่ง 2 ปีก่อนเจ้าอาวาสท่านก็เป็นวัณโรค ท่านฉันทยาหลายเดือนแต่ท่านก็หายแล้ว”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 10

สรุป ปัจจัยของการเสี่ยงต่อการอาพาธของพระสงฆ์คือ เมื่อทราบว่ามีพระสงฆ์รูปหนึ่งเป็นวัณโรค การที่จะไปรับเชื้อจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากความไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่น ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยป้องกันเนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งรถยนต์ที่เป็นระบบปิด (ไม่ได้เปิดหน้าต่างรถยนต์) การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน การใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า หรือจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องล้างมือบ่อยๆ และยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้นคือความสูงอายุ และภาวะที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนที่พบเป็นมากคือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเลือดเป็นต้น เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ และสามารถติดโรคได้ง่าย

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดไปสู่ผู้อื่นของพระสงฆ์

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การออกบิณฑบาต การนั่งฉันอาหารร่วมกันของพระสงฆ์ การรับกิจนิมนต์ การประกอบศาสนกิจเครื่องนุ่งห่มที่ไม่ได้ซักทำความสะอาดบ่อยๆ การกำจัดขยะที่เป็นน้ำมูก น้ำลายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งการไม่ได้ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยเปิดประตูและเปิดหน้าต่างรับแสงแดด เพราะที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาดสามารถเป็นแหล่งรังโรคได้

ลักษณะที่อยู่อาศัย

เสนาสนะที่อยู่อาศัยหรือกุฏิของพระสงฆ์ที่ทำการศึกษ ส่วนใหญ่เป็นอาคารหลังเดียว มีทั้งอาคารแบบคอนกรีตและอาคารไม้ทั้งหลัง มีห้องน้ำห้องส้วมในตัวอาคาร บางวัดที่เป็นสำนักสงฆ์ ภูมิลำเนาเดียว ต้องอาศัยที่ศาลาซึ่งศาลาวัดมีสองห้อง จะอยู่รูปละห้อง บางวัดอาศัยอยู่ในศาลาที่โล่งจะใช้ตุ๊กกับผ้ามากันเป็นห้องให้พระสงฆ์อยู่ ในศาลาวัดไม่มีห้องน้ำ ใช้ห้องน้ำรวมนอก

ศาลา สถานที่อยู่สภาพทั่วไปมีความแข็งแรง มีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทค่อนข้างน้อย จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์ที่อาพาธ

“ต้องมีผู้ได้มาทำความสะอาดให้ดอก บอเปิดประตูหน้าต่างจกเพื่อ พยาบาลเพื่อกะให้เปิดประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเท แต่บอได้เปิดดอก” ยูพูเดียว ภูมิหลังนี้ ทำความสะอาดเอง เมื่อยกะบอเฮ็ด

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“ของหลายยุคบอมีผู้ได้ทำสะอาดให้ดอกเฮ็ดเองได้ยู บอต้องมาเฮ็ดให้”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“มีเด็กน้อยลูกศิษย์วัด เก็บเมียน ภูให้สองสามคน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 7

พระสงฆ์ที่พักอาศัยอยู่ จากการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่จะไม่เปิดหน้าต่างและประตู เพื่อให้อากาศถ่ายเทพาเชื้อโรคออกจากที่อยู่อาศัยและให้แสงแดดช่วยฆ่าเชื้อโรค การจัดเก็บเครื่องนุ่งห่มและสิ่งของเครื่องใช้ภายในกุฏิไม่ค่อยเป็นระเบียบ สิ่งของเหลือใช้มีมาก ได้แก่ เศษดอกไม้บูชาพระ ฝุ่นรูป ฝุ่นยากันยุง หนังสือสวดมนต์ เศษอาหาร เศษภาชนะบรรจุอาหาร ขวดบรรจุน้ำดื่มนมกล่อง เครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องถ้วยสังฆทาน ไม่มีผู้ช่วยดูแลหรือทำความสะอาด ถ้าเป็นพระสงฆ์ที่อายุไม่มากจะดูแลเรื่องความสะอาดได้ดีกว่าพระสงฆ์ที่สูงอายุ และถ้าเป็นพระสงฆ์ที่เป็นคนในชุมชนที่อยู่ใกล้วัดจะมีลูกหลานและญาติมาช่วยดูแลทำความสะอาดกุฏินานๆ ครั้ง แต่ถ้าเป็นพระสงฆ์ที่อยู่ต่างถิ่นมาจำพรรษาที่วัดนั้นๆ มักจะไม่มีผู้ช่วยดูแลทำความสะอาด



ภาพประกอบ 4 ที่อยู่อาศัยพระสงฆ์ที่อาพาธ



ภาพประกอบ 5 ที่อยู่อาศัยยพระสงฆ์ที่ซราภาพและอาหาร



ภาพประกอบ 6 ลักษณะภูมิที่อาศัยของวัดบางแห่ง

เครื่องนุ่งห่ม

ส่วนใหญ่พระสงฆ์จะมีผ้านุ่งห่มที่เป็นผ้าถักรองไม่น้อยกว่า 2 ชุด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ การบวชนานหลายพรรษา ซึ่งถ้าพระสงฆ์ที่บวชนานจะมีผ้าที่ใช้ถักรองหลายชุดกว่าพระสงฆ์ที่เพิ่ง

บวชใหม่และขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางสงฆ์หากเป็นเจ้าอาวาส หรือพระสังฆาธิการก็จะมีผ้าที่ใช้ถือครองมากกว่าเนื่องจากญาติโยมฆราวาสนำไปถวาย หรือการรับกิจนิมนต์ระหว่างวัดที่มีงานสำคัญทางศาสนาและนิมนต์พระไปร่วมสังฆกรรมมักจะมอบชุดผ้าไตรจีวรเป็นการตอบแทน

“อาตมาซักผ้าสามวันครั้ง มีผ้าสามชุดแต่ไม่ได้ซักทุกวันหรอก”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 9

“บอได้ซักทุกมื่อดอก แล้วแต่”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“บอต้องมีใผ่ดูแลดอก เอ็ดเองไดยุ บอได้ล้มหมอนนอนเสื่อ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

“ซักเอง อาพาธกะซักเอง ซักทุกมื่อ เอาใใส่เครื่องซักผ้าปั่น มีสองเครื่อง ของเจ้าอาวาสต่างหากเครื่องนึ่ง ของหลวงพ่อเพิ่นใช้คนเดียว เครื่องนึ่งลูกศิษย์วัดใช้น้ำกัน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 10

จะเห็นได้ว่าการซักและทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มผ้าถือครองของพระสงฆ์ที่อาพาธจะไม่ได้ซักและเปลี่ยนทุกวัน ทั้งนี้การเปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มนั้นแล้วแต่จะเห็นสมควรว่าผ้าผืนใดใช้บ่อยจะซักผ้านั้นบ่อยกว่าเช่นสบง หรือผ้าอังสะ เป็นต้น และหากพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธไม่มีผู้ดูแล ก็จะไม่ซักทำความสะอาดจนกว่าร่างกายจะแข็งแรงพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ และเห็นว่าผ้าไม่สะอาดจึงจะซักทำความสะอาด ซึ่งสมัยนี้หลายวัดที่อยู่ในตัวอำเภอ หรือแม้แต่ตามตำบลหลายแห่งจะมีเครื่องซักผ้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ในการซักทำความสะอาด เครื่องผ้าที่ใช้พระสงฆ์นุ่งห่มและรวมเครื่องนอน สามารถปั่นให้แห้ง และนำไปตากก็จะแห้งเร็วยิ่งขึ้น

พูนุ ปณฺ ทิโต ชิว



ภาพประกอบ 7 เครื่องนอนและเครื่องนุ่งห่ม

อาหารและการฉันภัตตาหาร

อาหารที่พระสงฆ์ฉัน ส่วนใหญ่ได้มาจากการบิณฑบาตในช่วงเช้า หากพระสงฆ์ที่อาพาธไม่ได้ออกบิณฑบาต จะมีญาติโยมที่นำอาหารปิ่นโตไปทำบุญที่วัดจัดสำหรับไปให้ มีบางวัดที่พระสงฆ์ที่อาพาธไม่ได้แยกฉัน จะแยกเฉพาะสำหรับ และนั่งฉันบริเวณเดียวกับพระสงฆ์รูปอื่นๆ แต่มีบางรูปที่แม้จะรับการรักษาแต่ยังคงรับบิณฑบาต เนื่องจากเหตุผลว่าเป็นวินัยของสงฆ์ ที่ไม่ควรละเลย

“ปกติฉันในบาตร อาหารในบาตรกะที่ไปบิณฑบาตมา นั่งรวมกัน เมื่อออกวัดเพื่อนำอาหารมาเพิ่นกะเอามาเสริม”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“บอได้แยกต่างหากดอก ยู่วัดนี้ฉันนำกัน แต่แยกพาข้าววงศ์ละพา ถ้าบอไปบิณฑบาตกะบอได้ฉัน”

พระสงฆ์เจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่งผู้ให้สัมภาษณ์

“ฉันพาเฒ่าพาเรา นั่งนำกันนิหละแต่ตอนหมอให้แยกยูสองอาทิตย์ อาตมากะแยกฉันองค์เดียวยูกุฎีเจ้าของ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“ก็นั่งด้วยกันแหละโยม แต่แยกสำหรับ เราก็ฉันสำหรับที่เราบิณฑบาตมา มีอาหารที่
ญาติโยมเขาจัดมาเพิ่มก็สำหรับของใครของมัน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

“ช่วงแรก อาตมาบุญกุฏิ บอค่อยได้ออกไปเส แม่แต่งปิ่นโตให้น้องเอามาให้ยู่วัด”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

“เมื่อออกสิมีหมูนมาวัดทุกเมื่อตอนเช้า ได้เวลาเพิ่นฉันกะแต่งกะหาพาจัดให้เพิ่น
องค์ละพาแต่เพิ่นกะนั่งฉันนำกัน เพิ่นฉันแล้ว พวกยายกะสิเก็บถ้วยชามไปล้าง จั่งสิเมื่อบ้าน”

จากการสนทนากลุ่ม

ส่วนใหญ่พระสงฆ์ยังนั่งฉันอาหารร่วมกัน เพียงแต่วัดมหานิกายจะแยกสำหรับคนละ
สำหรับส่วนธรรมยุตินิกายจะฉันในบาตรของตน มีเพียงบางรูปที่แยกฉันที่กุฏิให้ฆราวาสที่ดูแลเรื่อง
อาหารนำไปถวาย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของเจ้าอาวาสวัด

การกำจัดขยะและทำความสะอาดขยะที่เกิดจากสิ่งขับหลัง

การกำจัดขยะถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่มีไม่ค่อยมีผู้ใดใส่ใจ การกำจัด
ขยะที่ไม่ถูกวิธีเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ พระสงฆ์บางรูปไม่ค่อยได้ใช้กระดาษ
ชำระก็จะใช้ผ้าเช็ดหน้าเช็ดหรือปิดปากจมูกเวลาไอ จาม ส่วนรูปที่ใช้กระดาษชำระจะมีการเก็บและ
กำจัดหลากหลายวิธี

“เก็บรวมใส่ถังขยะ ทิ้งลงถังขยะ ขยะอยู่วัดเทศบาลเก็บไปทุกเมื่อ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 6

“อาตมาเอาใส่ถุงหิ้ว แล้วเอาไปฝัง”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 9

“เอาไปเผา สองสามมือเผาเทือนึง”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 10

การกำจัดขยะของวัด มีการกำจัดแบบเผาหรือฝัง และให้เทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำจัดให้ การเผาจะใช้วิธีการเผากลางแจ้ง วัดบางแห่งให้เทศบาลรวบรวมนำไปทำลาย เศษอาหารเหลือคั้นของแต่ละวัน ญาติโยมจะเก็บและนำไปเป็นอาหารของสัตว์เลี้ยงในวัด หรือสัตว์เลี้ยงที่บ้าน ขยะที่เหลือจากเศษอาหารจะไม่ค่อยเหลือให้บูดเน่าขยะติดเชื้อที่เกิดจากการเขี่ยน้ำมูก น้ำลายของพระสงฆ์ เช่นกระดาดขำระ กระดาดขีซชู จะถูกเก็บรวบรวมใส่ถุงหิ้วและนำไปฝัง บ้าง หรือเผาบ้างและมีบ้างที่ทิ้งในถังขยะวัดให้เทศบาลนำไปกำจัด

การประกอบศาสนกิจของพระสงฆ์

การประกอบศาสนกิจของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นหน้าที่ตามพระธรรมวินัยเมื่ออาพาธ พระสงฆ์จะละเว้นการประกอบศาสนกิจเนื่องจากร่างกายที่อ่อนแอ มีอาการที่ทำให้เหนื่อย อ่อนเพลีย จึงไม่สามารถประกอบกิจวัตรและประกอบศาสนกิจได้ อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์บางรูปยังถือว่าการกระทำหน้าที่ตามพระวินัยยังถือว่าต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ไม่ควรละเว้น เช่นการงดฉันในบิณฑบาต

การทำอุโบสถหรือการร่วมฟังการสวดปาฏิโมกข์ เป็นสังฆกรรมตามพระวินัย และเป็นกิจสงฆ์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ผู้ที่บวชในพระพุทธศาสนาควรมีโอกาสได้ร่วมฟังใน พระวินัยระบุความตอนหนึ่งว่า วัดหนึ่งจะต้องมีภิกษุสวดปาฏิโมกข์ได้หนึ่งรูป หากไม่มีเจ้าอาวาสต้องชวนชวายเป็น หากไม่ชวนชวายเป็นอาบัติ ถ้าชวนชวายแล้วยังไม่มี พอถึงวันปาฏิโมกข์ต้องไปร่วมฟังในวัดที่มีการสวดปาฏิโมกข์ ถ้าในย่านนั้นไม่มีวัดที่มีภิกษุสวดปาฏิโมกข์ หรือมีภิกษุไม่ครบ 4 รูป ไม่ต้องสวดปาฏิโมกข์ แต่ให้อธิษฐานอุโบสถแทน โดยตั้งใจว่า "วันนี้เป็นวันอุโบสถ" (พระไตรปิฎก ฉบับบาลีสยามรัฐ (ภาษาไทย) เล่มที่ 4 พระวินัยปิฎก เล่มที่ 4 มหาวรรค ภาค 1 ข้อที่ 185 หน้าที่ 201 - 202

“กิจนิมนต์ เป็นวินัยของสงฆ์อย่างหนึ่งที่ต้องถือปฏิบัติ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“อาตมาปฏิบัติตัวเหมือนเดิมทุกอย่าง บิณฑบาต รับกิจนิมนต์ ร่วมอุโบสถ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 6

“ถ้ามูโถมมาหา ให้ไปชอยเทศ อาตมาจะไป”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

การรับกิจนิมนต์ที่บ้านฆราวาส

การนิมนต์พระสงฆ์ หมายถึง การเชิญให้พระสงฆ์กระทำกิจอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น การนิมนต์ให้ไปฉันเพลที่บ้าน นิมนต์เทศน์บ้านใหม่ นิมนต์พระเพื่อการบำเพ็ญกุศล เช่น เจริญพระ

พุทธมนต์ทำบุญบ้าน ขึ้นบ้านใหม่ บังสุกุล หรือสวดพระอภิธรรม เป็นต้น ซึ่งพระสงฆ์สามารถพิจารณาแล้วรับหรือไม่รับคำเชิญนั้นๆ เป็นกิจนิมนต์ก็ได้ ถ้าพระสงฆ์รับแล้วก็ต้องทำกิจนั้นๆ แต่ถ้าพระสงฆ์ไม่รับ ก็ไม่ต้องทำกิจนั้นๆ ในการรับกิจนิมนต์นั้น นับเป็นการรับวิบากกรรมอย่างหนึ่งของพระสงฆ์ ด้วย กล่าวคือ แทนที่ภิกษุจะอยู่รอรับวิบากกรรม ภิกษุก็ทำกิจนิมนต์นั้นเพื่อชำระวิบากกรรมไป ย่อมได้ผลเช่นกัน ก็อยู่ในขอบเขต ย่อมไม่ก้าวล่วงไปสู่การกระทำกรรมใหม่ๆ อันเป็นการสืบชาติต่อภพไปอีก และสามารถนิพพานได้ดังที่ตนปรารถนาซึ่งพระสงฆ์อาจไม่รับกิจนิมนต์เช่นนี้ก็ได้ หากพระสงฆ์อยู่ในภาวะอาพาธ (blogger, n.d.)

“รับคือเก่า ถ้าบอรับกิจนิมนต์ญาติโยมสิว่าชี้คร้าน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

“กิจนิมนต์ เป็นวินัยของสงฆ์อย่างหนึ่งที่ต้องถือปฏิบัติ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 6

“ ตื่นประมาณตีสี่ครึ่ง ล้างหน้าแปรงฟันแล้วกะทำวัตร นั่งสมาธิ บอได้ไปทำวัตร กับเพื่อนดอก เฮ็ดผู้เดียวอยู่กุฏิเจ้าของ ตอนป่วยสิบอได้ไปทำวัตรกับหมู่เพื่อนพากันลงศาลาทำวัตรยุ้น บอได้บิณฑบาต ช่วงที่ป่วยหมอให้หยุดบิณฑบาตสองอาทิตย์ รับนิมนต์ยุ เหมิดวัดมีพระ 2 รูป ญาติโยมเพิ่มมานิมนต์กะไป เตี่ยวเพิ่นสิว่า”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

พระสงฆ์บางรูปยังคงดำเนินจริยวัตรตามปกติ โดยการบิณฑบาต ประกอบศาสนกิจและรับกิจนิมนต์ และร่วมอุโบสถ เนื่องจากเหตุผลส่วนตัวบางประการ แม้การรักษาโรคยังอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อก็ตาม เนื่องจากพระสงฆ์รูปนั้นไม่เหนื่อยมากและสามารถเดินได้ เทศนาได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในระยะแรกจะมีอาการเหนื่อย หอบและไม่สามารถรับกิจนิมนต์ได้ การยอมรับการอาพาธด้วยการเป็นวัณโรค

เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคแล้ว ไม่ว่าจะการตอบสนองทางอารมณ์จะเป็นแบบใดก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมวิจัยจะยอมรับ และเชื่อว่าเป็นวัณโรคตามที่แพทย์บอก เนื่องจากอาการของโรคที่เป็นทำให้ทราบว่าร่างกายไม่ปกติไม่มีความสุขสบาย แต่อย่างไรก็ดีพบว่ามียอยู่ 1 รูป ที่ไม่ยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะเวียนย้ายไปตรวจและรักษาที่โรงพยาบาล ใกล้เคียง ในที่สุดก็หายไปจากพื้นที่ และมีอีก 1 รูปที่เกือบจะไม่รักษาคือขาดยาในขณะที่ไปสัมภาษณ์ขาดยามา 2 สัปดาห์แล้ว หลังจากสัมภาษณ์ผู้ศึกษาได้แนะนำและดำเนินการประสานการรักษา

เจ้าหน้าที่ จึงได้รับการรักษาต่อจนครบ โดยเชื่อว่าตนเองหายจากอาการอาพาธแล้ว ทั้งที่ยังรักษาไม่ครบกำหนดและแพทย์ยังไม่จำหน่ายจากสาระบบ โดยทั้ง 2 รูป บางรูปหลังเข้ารับการรักษาวัณโรคตามคำสั่งแพทย์ แต่เกิดผลข้างเคียงของยา ทำให้ท้อแท้ยังคงรับการรักษาต่อจนครบและหาย อย่างไรก็ตามก็ตีรูปอื่นๆ เชื้อการวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอกับทางโรงพยาบาล และฉันทตามแพทย์แนะนำอย่างเข้มงวด โดยให้เหตุผลว่าเพราะเห็นในความตั้งใจของแพทย์ และยังไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งคิดว่าวัณโรคถ้ารักษาอย่างถูกต้องก็จะหายจากโรคได้

“มันไม่ไหว มันหอบ ไอ ไม่ได้นอน เวลาไอใช้ชั้นมันหนักเลย หมอว่าเป็นเราก็ต้องรักษา”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

“คุณหมอโรงพยาบาลนี้.....ดี สนใจคนไข้ ดูแลใส่ใจดี หมอนัดก็ไปตามนัดตลอดอยากหาย”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“อาตมาหายแล้ว บอต้องกินยาครบจะได้ เพราะวาอาการบอมีแล้ว เขาไอ เขาหอบ หมอนัดยูแควบอได้ไป ฉันทเข้ากะได้ติยู”

พระสงฆ์อาพาธที่ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

“เป็นกะต้องรักษาให้เขา เฮ็ดจังได้ละ มันเป็นโรคกะต้องรักษา”

พระสงฆ์อาพาธที่ ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

การเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะรู้สึกเฉย ๆ มีบางไม่รู้สึกลำบากใจในการเปิดเผยกับผู้อื่นว่าเป็นวัณโรค เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่สังคมรังเกียจและเป็นโรคที่ไม่ค่อยมีคนเป็นมากนัก แต่อย่างไรก็ดีพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะเลือกบอกเฉพาะผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เนื่องจากจากความเกรงใจผู้อื่น และไม่เห็นถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในการที่จะต้องเปิดเผยข้อมูล ส่วนใหญ่แล้ว จะมีการบอกต่อกันไปเอง บางครั้งคนรอบข้างจะได้ทราบว่าเป็นวัณโรคเนื่องจากเมื่อพระสงฆ์ไม่สบาย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อมีผู้ไปเยี่ยมไข้ที่โรงพยาบาลก็จะทราบว่าเป็นวัณโรค

หลังจากที่พระสงฆ์ได้เปิดเผยข้อมูลทางสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่จะมีการตอบสนองจากคนรอบข้างในหลายลักษณะ มีทั้งการให้กำลังใจ มีทั้งที่กลัวติดโรค แต่ยังให้การดูแลเรื่องการจัดหาอาหาร การพาไปรักษาและตรวจตามนัด รวมทั้งการช่วยดูแลเมื่อมีการร้องขอ มี 1 รูปที่สังคนรอบข้างไม่เข้าใจเนื่องจากความไม่เข้าใจในโรคที่ป้องกันได้

“รู้แล้วก็พูดอย่างนี้เลยนะ ‘เป็นจังซี่สตายแล้วตัวนิ’ เนี่ยเอ้อ พูดอย่างนี้เลยนะ (น้ำเสียงแบบหมดกำลังใจ) ‘ไผ่สิดูแล สิตายแล้วตัวนี้ ดูซิโยม เรากี่ ‘ไม่ต้องการให้ใครเดือดร้อน เรามาอยู่ที่นี้ไม่มีญาติพี่น้อง ก็ได้ญาติทางเมียดูแล แต่คนอื่นไม่เข้าใจ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 5

“บอย่านคนฮู้ตอก ญาติโยมฮู้ยัวเป็นโรคปอด บออยากอายตอก พระรูปอื่นเพิ่นกะเฉยๆ ต่างคนต่างยู เพินเข้าใจ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

นอกจากการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแล้ว ยังได้เห็นภาพรวมของสังคนพระสงฆ์ซึ่งมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยได้สนใจซึ่งกันและกัน ซึ่งก็ตรงกับการสังเกตในระหว่างการทำการศึกษาข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่จะไม่ทราบถึงโรคประจำตัวของพระรูปอื่น หรือทราบว่าเป็นโรคกำลังอยู่ในภาวะที่ไม่สบาย ทั้งที่อยู่วัดเดียวกัน แต่ก็ไม่ได้สนใจกันนัก บางวัดเจ้าอาวาสทราบแต่ก็ไม่ได้ปฏิบัตินอกเหนือจากที่เคยปฏิบัติเดิม ยกเว้นว่ามีความสนิทสนมกันจริง ๆ ซึ่งลักษณะสังคนแบบนี้ ทำให้มีพระสงฆ์บางรูปรู้สึกไม่พอใจ

“มันก็เรื่องส่วนบุคคล อาตมาก็ให้ญาติโยมเข้ามาดูแลจัดหาอาหารไปถวาย ฉันทแล้วญาติโยมก็จะเก็บไปล้าง ไม่รู้ยังงั้นอาตมาว่าอากาศที่กุฏิหลังนั้นไม่ดีหรอก เลี้ยงหมูได้งไม่รู้ได้กุฏิเหม็นขี้หมูจะตาย ไม่เป็นโรคก็ให้มันรู้ไปสิ บิณฑบาตก็ยังไม่ไปบิณฑบาตอยู่หน้ากากอนามัยก็ไม่ค่อยเห็นสวมนะ บอกให้เข้าไปอยู่ในบ้านกับพ่อแม่ญาติพี่น้องตัวเองก็ไม่ไป”

พระสงฆ์ผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 7

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น คือการไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยที่พระสงฆ์บางรูปยังออกบิณฑบาต ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย รับประทานอาหารร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้สามารถรับเชื้อโรคจากผู้เป็นโรคได้

3. ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธวัณโรคปอด

ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการการรักษาวัณโรค

ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในการเข้าถึงบริการการรักษาวัณโรค เข้าถึงบริการการรักษาของผู้ป่วย โรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีอยู่ในทุกอำเภอ แต่เมื่อแรกที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคคือผู้ป่วยมีอาการไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง หายใจหอบ ในช่วงแรกผู้ป่วยมักอดทนกับอาการที่เป็นเนื่องจากคิดว่าไม่มีอาการมาก รับประทานยาลดไข้ลดไอก็จะหาย

“ไออยู่เป็นเดือน มันเมื่อยกะเลยไปหาหมอ หมอตรวจเอ็กซเรย์ แล้วให้ตรวจเสม็ด จังฐัวเป็นวัณโรค ที่แรกกว่าเป็นหวัดเป็นไอซ้อๆ เป็นกะลิเซาดอก”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 6

การเข้าถึงบริการ

“มันบ่สะดวกเวลาไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลายกั้วสิได้ตรวจ บางทีองค้ำอาหารกว่าสิได้ยา เลยเพล ข้าวกะบ่ได้ฉั่นฉั่นกะยานบอได้ตรวจง่าย”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 12

“ก็ทราบคะว่ามีพระสงฆ์ท่านอาพาธ ก็ไม่ได้ไปดูแลท่านหรือคะ อสม.ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงให้ อสม. ผู้หญิงไปดูแลก็คงไม่เหมาะ”

พยาบาลรับผิดชอบงานวัณโรควัณโรครพ.สต.นาเชือก

“ไม่กล้าให้คำแนะนำคะ ใช้คำไม่ถูกกลัวไม่เหมาะสม ไม่รู้จะพูดยังไง อย่างเวลาที่ จะแนะนำว่าให้ซักผ้าตากแดดทุกวันเพื่อลดเชื้อโรคที่ตัวเรา ผ้าก็เรียกไม่ถูก จะแนะนำให้ปิดกวาดที่อยู่ ก็กลัวว่าจะไปว่าท่าน”

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค รพ.ยางตลาด

“ก็ให้คำแนะนำเหมือนผู้ป่วยธรรมดา แล้วก็แจกสมุดคู่มือให้ท่านอ่าน บางทีเราก็อันไม่รู้ว่าคุณทำกิจกรรมอะไรบ้างทางสงฆ์”

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรครพ.กมลาไสย

“ปัญหาในการดูแลที่พบคือท่านย้ายที่อยู่ ไม่มารับยาตามนัด”

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรครพ.ยางตลาด

“มีปัญหาเรื่องการให้คำแนะนำการงดสูบบุหรี่ ต้องระวังคำพูด ต้องสำรวมกิริยา”

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค รพ.ภูษินารายณ์

“มันไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลเฉพาะกลุ่มค่ะ ถ้าได้รับการประสานมา ถ้าว่างก็จะไปเยี่ยมท่านไปกับอสม.ค่ะ ก็แล้วแต่โอกาส”

พยาบาลรับผิดชอบงานวัณโรควัณโรค รพ.สต.นาเชือก

“ปัญหาที่พบคือเมื่อเราให้คำแนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคกับท่าน ท่านเข้าใจแต่ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามเพราะท่านกลัวญาติโยมรับรู้ว่าเป็นวัณโรคแล้วท่านจะถูกรังเกียจ และหมดศรัทธา

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค รพ.นวมิน

“บ่มีรถไปโรงพยาบาล ไปทุกเทื่อ ต้องเหมารถไป แต่ละเทื่อกะหลายร้อยยู”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 1

“ปัญหาที่พบคือท่านไม่มีรถมาตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด พยาบาลคลินิกต้องประสานเจ้าหน้าที่ พื้นที่ที่ท่านอยู่เพื่อประสานต่อขอรถ EMS มาส่งที่โรงพยาบาล”

พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค รพ.กมลไสย

สรุปได้ว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งข้อจำกัดของระบบการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีผู้รับบริการมาก บางครั้งในวันที่ต้องงดน้ำ งดอาหารไปรับการตรวจตามที่แพทย์นัดแล้วต้องคอยนาน และการฉันทอาหารที่มีเวลาเป็นตัวกำหนดทางพระวินัยทำให้พระสงฆ์เกิดความยากลำบากมากขึ้นในการดำเนินชีวิตเมื่ออาพาธการไม่มียานพาหนะพาไปโรงพยาบาลการไม่มีระบบการช่วยเหลือดูแลที่วัดอย่างชัดเจน ล้วนแล้วแต่เป็นข้อจำกัดของการรักษาโรคของพระสงฆ์ขณะอาพาธทั้งสิ้น

ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรค

พระสงฆ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความรู้ และเข้าใจว่า วัณโรคเป็นโรคติดต่อบางรูปสามารถอธิบายได้ว่าตนเองติดเชื้อและเป็นวัณโรคมาได้อย่างไร พระสงฆ์ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการไม่ป้องกันสามารถทำให้เกิดวัณโรคได้ และเข้าใจว่าการรักษาจะต้องรักษาจนกว่าจะครบตามที่ทางโรงพยาบาลกำหนด มีบางรูปที่เชื่อว่า วัณโรคเป็นโรคทางพันธุกรรม และมีบางรูปที่คิดว่าเป็นวัณโรค

เนื่องจากสับสนหวั่น และเป็นที่น่าสนใจว่า มีบางรูปเข้าใจว่าเมื่ออาการทุเลา สามารถหยุดฉันทยาเองได้ โดยที่แพทย์ยังไม่จำหน่าย

“อาตมาอยู่ว่าเป็นโรคปอดนี้เพราะเคยได้ดูแลตา ตอนนั้นตาอาตมาเป็นวัณโรค โรคนี้ต้องติดต่อทางพันธุกรรม”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 3

“หมอบอกให้สวมหน้ากากอนามัยสองอาทิตย์ ห้ามรับนิมนต์ กินยาต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 7

“วัณโรคเป็นยื้อนสูบยาหลาย”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

“คิดว่าติดโรคยื้อนแต่ก่อนสูบยา กินเหล้า กินเปียร์หลาย ช่วงนี้เฝ้าถ่าน เป็นยื้อนเฝ้าถ่านนี่ละ” “อาตมากะเห็นว่ากินยามาหลายเดือนแล้ว กินข้าวได้ บอเมื่อย กะเลยบอไปตามนัด เซาล้าแม่ะ”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 2

การขาดการดูแล ขาดการสนับสนุนทางสังคม

“ผ้าซักรเอง สามมือซักรเทือนึง บอได้เปลี่ยนผ้าทุกมือ ผ้าคลุมถ้าบอได้ออกงานกะบอได้ไซดอกร ไซแต่ผ้าสบง”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 8

“ซักรเอง อาพาธกะซักรเอง ซักรทุกมือ เอาใส่เครื่องซักรผ้าปั่น มีสองเครื่อง ของเจ้าอาวาสต่างหากเครื่องนึง ของหลวงพ่อเพิ่นใช้คนเดียว เครื่องนึ่งลูกศิษย์วัดใช้น่ากัน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 10

“พยาบาลบอกว่าต้องมีผู้เตือนกินยา แต่อาตมาบอมีผู้เตือนดอก กินเอง พยายามบอให้ลืม ยามีหลายยา รักษาเบาหวาน วัณโรค กับโรคเรื้อน”

พระสงฆ์อาพาธผู้ให้สัมภาษณ์รูปที่ 12

“มีพระยิวัดเป็นวัณโรค ญาติโยมพวกพ่อกว้างแม่อกว้าง กะสิจอยดูแลเรื่องอาหาร จัดหาอาหารให้เฟิ่น เอาไปถวายยูกุฎิ บอได้มีผู้ใดมาดูแลเป็นพิเศษ”

จากการทำสนทนากลุ่ม

สรุปสภาพปัจจุบันปัญหาในเรื่องข้อจำกัดของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคของ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาลงถึงสภาพปัจจุบัน พบว่าพระสงฆ์ทั่วไป ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ยัง ไม่ละเอียดพอ จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ไม่มีความรู้ ความ เข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และรวมทั้งปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือการ ขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างขณะอาพาธซึ่งพอจะสรุปเป็นปัญหาทั้งจาก พระสงฆ์ที่อาพาธและจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นรายกลุ่มได้ดังนี้

1. พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค
 - 1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง
 - 1.2 คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ละเอียดพยาบาลไม่กล้าสอน หรือให้คำแนะนำ ต้องระวังคำพูดและกิริยา กลัวผิด กลัวบาป
 - 1.3 ยึดพระวินัยอย่างเคร่งครัดยังปฏิบัติวัตรบางอย่างเช่น การทำวัตร การรับ กิจนิมนต์ การบิณฑบาต
 - 1.4 พระสงฆ์บางรูปไม่มีญาติ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลและบางรูปที่อาพาธ เป็นเจ้าอาวาสวัดจะไม่มีใครกล้าดูแล บางครั้งทำให้ลืมกินยา
 - 1.5 พระสงฆ์ที่อาพาธบางรูปกลัวการรังเกียจ การที่ตนเองต้องปฏิบัติผิดไปจาก เดิมจะทำให้ชราวาสทราบว่าเป็นวัณโรค ถ้าชราวาสในชุมชนทราบจะทำให้ถูก รังเกียจและเสื่อมศรัทธา
 - 1.6 ไม่มีรถหรือพาหนะในการไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล
 - 1.7 ระบบของโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาและไม่เอื้อกับการไปรับบริการของ พระสงฆ์ญาติหรือผู้ดูแลต้องเตรียมและวางแผนก่อนเช่นเตรียมอาหารระหว่างทาง หากการนัดครั้ง นั้นต้องงดน้ำงดอาหารเพื่อไปเจาะเลือดก่อน

2. พระสงฆ์รูปอื่นในวัด

2.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง

2.2 บางวัดทราบว่ามีการสงฆ์ในวัดเดียวกันอาพาธเป็นวัณโรค บางวัดไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีการส่งต่อข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบวัดที่ทราบก็คิดว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะไม่ก้าวล่วงด้วยปัจจัยบางอย่างเช่นกลัวอายุหรือ รอให้ร้องขอความช่วยเหลือหรือรอให้เจ้าอาวาสสั่งการ

2.3 ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ร่วมกัน

2.4 พระสงฆ์บางรูปยึดพระวินัยอย่างเคร่งครัดคิดว่าแม้อาพาธก็ต้องปฏิบัติจริยวัตรตามพระวินัย เช่นการบิณฑบาต การทำอุโบสถศีล

2.5 พระสงฆ์ที่อาพาธบางรูปกลัวการติดโรค

3. ประชาชนในชุมชน

3.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของประชาชนในชุมชนยังไม่ถูกต้อง

3.2 ประชาชนในชุมชนที่ไปวัดทุกวันหรือไปวัดบ่อยๆ เนื่องจากเคยชินและมีหน้าที่บางอย่างที่ต้องดูแลเกี่ยวกับเรื่องอาหาร บางแห่งทราบว่ามีการสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค บางแห่งไม่ทราบเนื่องจากวัณโรคยังเป็นโรคของความน่าละอายหรือน่ารังเกียจแม้ปัจจุบันประชาชนจะมีความรู้มากขึ้นและรู้ว่าการป้องกันที่ดีสามารถปลอดภัยจากการติดโรคได้ก็ตามแต่ที่ทราบก็คิดว่าเป็นเรื่องไกลตัวหากตนเองไม่ได้เข้าไปใกล้ชิดจึงไม่ได้เข้าไปให้การช่วยเหลือมากนัก แม้บางคนจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนั้นก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจะเป็นผู้หญิง แต่ก็รอให้ร้องขอความช่วยเหลือหรือรอให้เจ้าอาวาสสั่งการในเรื่องที่พอช่วยเหลือได้

3.3 ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรคในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ร่วมกันและการดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างปลอดภัยต่อโรค

4. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด

4.1 พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดที่มีหน้าที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย เมื่อแพทย์วินิจฉัยแล้ว การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคยังน้อยเนื่องจากกลัวใช้คำไม่ถูกต้อง กลัวพูดไม่เหมาะสมต้องระวังคำพูดและกิริยา กลัวผิด กลัวบาป บางครั้งจะให้ความรู้เรื่องการซักผ้าถุงหมักก็ไม่กล้ากลัวว่าพระสงฆ์จะคิดว่าตำหนิจึงใช้สมุดคู่มือผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้กับผู้ป่วยทุกคนแทนคำอธิบาย ซึ่งสมุดคู่มือดังกล่าวไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นพระสงฆ์และข้อปฏิบัติที่เป็นจริยวัตรของพระสงฆ์

4.2 ระบบสาธารณสุขหรือระบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคไม่ได้มีการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพระสงฆ์

5. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.1 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลประชาชนในพื้นที่มีงานที่รับผิดชอบมากและหลายด้าน ยึดผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลอำเภอแต่ละแห่งเป็นเจ้าของงานและเป็นผู้วางระบบงานหากไม่ได้มีการพัฒนาระบบเพื่อปฏิบัติชัดเจนก็ให้การดูแลทั่วไปซึ่งส่วนหนึ่งรอความชัดเจนที่เป็นระบบปฏิบัติเหมือนกันโดยภาพรวม

5.2 อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ทำงานประสานกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง การที่จะให้ผู้หญิงที่เป็นอาสาสมัครไปดูแลกำกับการณ์ยาพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคก็ไม่เป็นการเหมาะสม ทั้งนี้ถ้ามีแนวทางที่ชัดเจนการดูแลโดยอาสาสมัครก็จะสะดวกขึ้นตามบริบทของวัดแต่ละวัดที่จะอนุญาต

ข้อสรุปการวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคแล้วนำไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับในพื้นที่รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญได้ทำการตรวจสอบความเป็นไปได้ ปัจจัยเงื่อนไขในการนำเอารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไปประยุกต์ใช้ การดำเนินงานใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นการตรวจสอบข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติขึ้นเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการคืนข้อมูล ปัญหา อุปสรรคที่พบแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หลังจากนั้นได้ระดมความคิด ข้อเสนอแนะและสรุปเป็นผลการวิจัยได้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัยได้รูปแบบใหม่ของการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดได้อย่างครอบคลุมปัญหา เป็นรูปแบบของการปฏิบัติร่วมกันเพื่อการดูแลและรักษา การป้องกันการเกิดโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น การลดการปฏิบัติพระวินัยที่เคร่งครัดบางประการที่จะช่วยให้การรักษาง่ายขึ้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นรูปธรรมขึ้น สรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 8 การประชุมเชิงปฏิบัติการหัวข้อ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธ
เป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพประกอบ 9 การประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ต้องดำเนินการดังนี้

1.1 โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดกาฬสินธุ์ต้องเปิดช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เมื่อรับการรักษาในสถานพยาบาล การตรวจและรักษาในช่องทางที่กำหนดขึ้นเป็นพิเศษที่แยกออกจากประชาชนทั่วไป

1.2 สถานบริการสาธารณสุขจะต้องให้การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปีแก่พระสงฆ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสำหรับพระสงฆ์ที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของการรักษาโรคนั้นๆ โรคที่ต้องทำการคัดกรองคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้นโดยใช้แบบคัดกรองตามกลุ่มอายุ เนื่องจากวัณโรคมักเป็นโรคแทรกกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้และเมื่อมีพระสงฆ์ในวัดใดวัดหนึ่งเป็นวัณโรคปอดจะต้องมีการคัดกรองตามแนวทางของวัณโรคทุกวัด

1.3 โรงพยาบาลในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกแห่งทำการตรวจรักษาให้การรักษามาตามแนวทางการรักษาของแพทย์จัดทำคู่มือการรักษาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์และขึ้นทะเบียนการรักษาหลังจากนั้นจะต้องแจ้งประสานเจ้าคณะตำบล เจ้าอาวาสวัด ตามนิกายที่สังกัดประสานแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าของพื้นที่ ที่วัดนั้นๆ ตั้งอยู่

1.4 สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องไปให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคแนวทางการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และทำการเยี่ยมพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเคร่งครัด และจัดให้มีผู้สังเกตการณ์ยา (Directly Observed Treatment, Short Course) โดยอาสาสมัครทุกวัน ผู้สังเกตอาจเป็นพระหรือเณรในวัดหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชายในชุมชน หรือหากไม่มีอาสาสมัครผู้ชายจะต้องวางแผนทางการเยี่ยมร่วมอย่างมีประสิทธิภาพและบันทึกการฉินยาของพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้นจะต้องไปตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งใน 2 เดือนแรกและเดือนต่อไปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องจนกว่าเสร็จสิ้นการรักษา ในกรณีที่วัดไม่มียานพาหนะ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธรูปนั้นมีปัญหาการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องแจ้งประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบไปส่งเมื่อถึงวันที่แพทย์นัด

2. วัด

2.1 เจ้าอาวาสวัดจะต้องรับทราบและแยกกุฏิ ให้พระสงฆ์ที่อาพาธอยู่รูปเดียวในกรณีที่อยู่กุฏิกับพระสงฆ์รูปอื่น และมอบหมายการดูแลแก่อาสาสมัครผู้ชายในพื้นที่ หรือหากไม่มี

อาสาสมัครผู้ขายสังเภาการฉันทยาจะต้องมอบหมายการดูแลแก่พระสงฆ์รูปอื่นที่อยู่ในวัดด้วยกันให้ช่วยเตือนการฉันทยา และพระสงฆ์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลจะต้องหาฆราวาสที่จะช่วยดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดกุฏิ การช่วยดูแลทำความสะอาดผ้าปูเตียง และเครื่องนอน

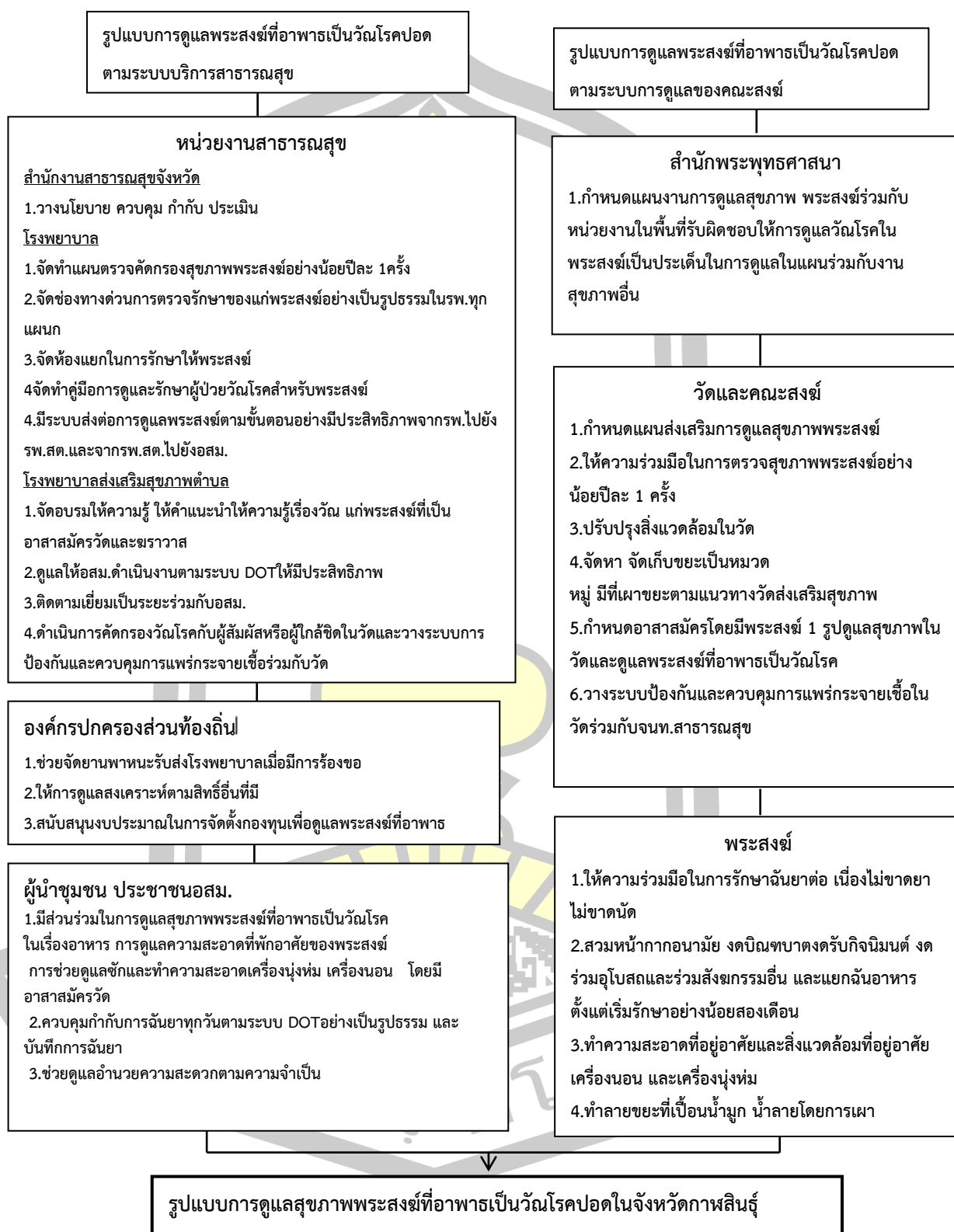
2.2 พระสงฆ์ที่อาพาธ เมื่อเริ่มกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลใดจะต้องอยู่รักษาที่โรงพยาบาลนั้นๆ จนกว่าจะครบการรักษา หรือหากมีความจำเป็นจะต้องย้ายที่อยู่จะต้องแจ้งการย้ายสถานที่รักษาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง งดการบิณฑบาตอย่างน้อย 2 เดือนหรือจนกว่าจะพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อโรค สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยกับผู้อื่นหรือเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในที่ที่มีคนมาก ดูแลตนเองรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอนถ้าสามารถทำเองได้ ถ้าทำเองไม่ได้จะต้องยินยอมให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูสบุหรี เครื่องดื่มชูกำลังและปฏิบัติตัวตามคู่มือการรักษาของพระสงฆ์อย่างเคร่งครัด

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1 เมื่อได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดยานพาหนะเพื่อรับส่งพระสงฆ์ไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ดูแลส่งเคราะห์ตามสิทธิ์ที่ได้รับเช่นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการและพิจารณางบประมาณในการจัดตั้งกองทุนดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธในแต่ละพื้นที่

4. ผู้นำชุมชนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลหรือ อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนทั่วไปจะต้องมีการรวมกลุ่มเป็นคณะกรรมการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะต้องเป็นแกนนำและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน มาเป็นคณะกรรมการ เพื่อวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 10 รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์นี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document) และเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ความเป็นมาสภาพปัจจุบันปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ผู้วิจัยขอนำเสนอสาระสำคัญของการวิจัยซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนและเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ความมุ่งหมายของการวิจัย
2. สรุป
3. อภิปรายผล
4. ข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัยและใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ (Survey) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การศึกษานี้จำเป็นต้องเข้าไปเก็บข้อมูลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการศึกษาคือพื้นที่ในชุมชน 6 ตำบลใน 5 อำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ อำเภอยางตลาด อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอฆ้องชัย อำเภอนามน และอำเภอหนองกุงศรี

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์มีผลการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์

1. จริยวัตรประจำวันของพระสงฆ์

จริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้าย ๆ กัน คลาดเคลื่อนกันไม่มาก ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม โดยเริ่มจากตื่นนอนตอนเช้าจะมีการทำวัตรเช้าประมาณตีห้าประมาณ 6 โมงเช้าจะออกไปบิณฑบาต ยกเว้นพระที่อาพาธ จะงดเว้นการบิณฑบาต ประมาณ 7 โมงเช้า จะกลับมาจากบิณฑบาต แล้วจึงฉันภัตตาหารเช้า ซึ่งส่วนใหญ่จะฉันร่วมกันและถ้าเป็นพระสงฆ์ธรรมยุตินิกายพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะฉันอาหารครั้งเดียวประมาณ 7 ถึง 10 นาฬิกาแล้วแต่วัด หลังจากฉันเช้าเสร็จแล้ว จากนั้นจะเป็นช่วงอิสระ มีภารกิจส่วนตัวอย่างไร ก็จะแยกย้ายไปทำภารกิจนั้น หรืออาจจะดูแลปิดกวาดเช็ดถูวัด เก็บขยะในวัด ล้างห้องน้ำ แล้วแต่จะถุกมอบหมายภารกิจ จนกระทั่งประมาณ 11 นาฬิกา สำหรับวัดที่ฉันสองครั้งจะกลับมาฉันเพลร่วมกัน เสร็จแล้วก็จะเป็นช่วงว่างซึ่งเป็นช่วงอิสระ หรือดำเนินกิจส่วนตัว หรือทำภารกิจที่ค้างไว้อย่างไม่เสร็จจนกระทั่งประมาณ 6 โมงเย็นจะมีการทำวัตรเย็นร่วมกันของพระในวัดอีกครั้ง เสร็จแล้วก็แยกย้ายไป ทำภารกิจส่วนตัวและเข้าจำวัด สำหรับวันพิเศษเช่นวันพระ จะมีการสวดมนต์คือทำอุโบสถศีลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวัดจะจัดตารางเวลาตามบริบทของวัดนั้น ๆ โดยมากมักเป็นช่วงบ่าย

การดำเนินจริยวัตรหรือกิจวัตรในแต่ละวันของพระสงฆ์เป็นหน้าที่ตามพระวินัย สิบประการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของพระสงฆ์ที่จะต้องปฏิบัติ และพระวินัยได้กำหนดกิจวัตรของพระสงฆ์สิบประการ 1. การลงอุโบสถ 2. การบิณฑบาตเลี้ยงชีพ 3. การสวดมนต์ไหว้พระ 4. การกวาดอาวาสวิหารลานพระเจดีย์ 5. การรักษาผ้าครอง 6. การอยู่ปริวาสกรรม 7. การโกนผมปลงหนวดตัดเล็บ 8. การศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์ 9. การเทศนาบัตติ 10. การพิจารณาปัจจุเวกขณะทั้ง 4 ซึ่งถ้าเป็นพระสงฆ์บวชใหม่ต้องพยายามฝึก เพื่อความเป็นพระในหน้าที่กิจวัตรสิบข้อนี้ คือ รูปแบบของผู้ที่จะเป็นพระสงฆ์ที่ดี แต่หากพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคนั้น กิจวัตรทั้งสิบข้อนี้มีทั้งข้อที่จำเป็นที่จะต้องปฏิบัติและมีบางข้อที่จำเป็นต้องหลีกเลี่ยง เช่น กิจวัตรข้อที่สี่ ที่ว่าด้วยเรื่องของการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยเพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี ข้อเจ็ดเรื่องการรักษาการรักษาความสะอาดร่างกายเพื่อลดเชื้อโรคที่มีในร่างกาย ซึ่ง

สองข้อนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถือปฏิบัติเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาไว้ก่อนเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธ เนื่องจากต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น

2. รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการ

สาธารณสุข

สภาพปัจจุบันปัญหาการบริการสาธารณสุขในการดูแลรักษาสุขภาพพระสงฆ์ในอดีตเมื่อพระภิกษุอาพาธ ท่านมักได้รับการดูแลรักษาโดยพระด้วยกัน เนื่องจากเวลานั้นยังไม่มีโรงพยาบาล อีกทั้งพระสงฆ์ในอดีตจำนวนไม่น้อยมีความรู้ด้านแพทย์และเภสัช ซึ่งชาวบ้านจะมาหาพระสงฆ์เพื่อให้พระสงฆ์ช่วยดูแลรักษา ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับพระวินัยจึงไม่มีมากนัก เนื่องจากพระสงฆ์ที่เป็นผู้ดูแลรักษาย่อมรู้เรื่องนี้ดี แต่มาถึงปัจจุบันเมื่อพระสงฆ์อาพาธ หากพระสงฆ์รักษาตนเองหรือรักษาพระสงฆ์ด้วยกันไม่ได้ ท่านก็ต้องไปโรงพยาบาลและพึ่งแพทย์ที่เป็นฆราวาสแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพระวินัยน้อยมาก เพราะไม่เคยบวชพระสงฆ์มาก่อน เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมักเกิดปัญหาว่าการปฏิบัติบางอย่างต่อพระสงฆ์ที่มาใช้บริการไม่สอดคล้องกับพระวินัย พระสงฆ์บางรูปถือเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก็มีพระสงฆ์ที่เคร่งครัดในเรื่องพระวินัย เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญดังนั้นมีพระสงฆ์จำนวนไม่น้อยเลือกที่จะไม่ใช้บริการของโรงพยาบาลเพื่อตัดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น

หน่วยงานสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันหลายด้านทั้งขนาดอาคารสถานที่ จำนวนเตียงบุคลากร จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ รวมทั้งงบประมาณเงินบำรุงนโยบายของผู้บริหารวัฒนธรรมองค์กรและบริบทของแต่ละท้องถิ่นรูปแบบการให้บริการพระสงฆ์อาพาธมีความแตกต่างและถูกปรับให้เหมาะกับพื้นที่ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นที่ยังไม่เคยมีแนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานการทำงานใด ๆ มาก่อนปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไข เพราะโรงพยาบาลควรเป็นสถานที่ที่เอื้อเพื่อต่อผู้ป่วยทุกกลุ่ม แม้บางกลุ่มจะมีข้อจำกัดหรือเงื่อนไขพิเศษไม่ว่าทางกายหรือทางวัฒนธรรมต่างจากคนทั่วไปก็ตาม โรงพยาบาลก็ไม่ควรปล่อยให้ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขดังกล่าวเป็นอุปสรรคกีดขวางในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ดีโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานดูแลสุขภาพประชาชนโดยตรงยังมีกิจกรรมที่ไม่ชัดเจน ด้านการรักษาพยาบาลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วย สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินการเช่นเดียวกับการให้บริการประชาชนทั่วไป มีช่องทางพิเศษในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่อำเภอ แต่ไม่ชัดเจนนัก แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนผู้รับบริการ ถ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก การดำเนินการช่องทางด่วนก็ทำได้ยาก โรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับจังหวัดให้บริการการตรวจรักษาแก่พระสงฆ์โดยมีการจัดตั้งสงฆ์อาพาธเฉพาะสำหรับการรักษาพระสงฆ์ในโรงพยาบาลการสร้างโรงพยาบาลสงฆ์ให้เป็นสถานพยาบาลสำหรับการรักษาพระสงฆ์

ที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะมีน้อยมาก สำหรับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระดับพื้นที่ ยังคงมีปัญหาในการให้บริการพระสงฆ์

เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะเป็นผู้ขึ้นทะเบียนการรักษา การรักษาพระสงฆ์ที่อาพาธขึ้นกับอาการ เพราะพระสงฆ์ส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาลด้วยอาการไอเรื้อรัง เหนื่อย อ่อนเพลียน้ำหนักตัวลด เมื่อแพทย์ตรวจและวินิจฉัยขึ้นทะเบียนการรักษา พระสงฆ์จะต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 3 – 5 วัน เนื่องจากต้องเริ่มยา ซึ่งยามีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก แพทย์จะคอยดูอาการ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและทีมสหวิชาชีพจะให้คำแนะนำการดูแลตนเองในขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อรับการรักษาได้ระยะหนึ่งแพทย์จะส่งตรวจดูอาการข้างเคียงที่มีผลกับตับ เมื่อเห็นว่าอาการดีขึ้นและไม่มีผลข้างเคียงที่สำคัญหรือรุนแรง แพทย์จะอนุญาตให้กลับไปฉันยาที่วัดและนัดรับการตรวจเป็นระยะครั้งละ 1 เดือน ปัญหาที่พบในระหว่างการรักษาคือการที่พระสงฆ์ได้รับการดูแลและรักษาเหมือนบุคคลธรรมดาตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกที่รับผู้ป่วยใน ครั้งแรกการไม่มีช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์เนื่องจากผู้ป่วยที่มีมาก การได้รับคำแนะนำที่ไม่ละเอียดในการดูแล เนื่องจากพยาบาลที่ให้คำแนะนำสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการแก่พระภิกษุในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่มาโรงพยาบาล จนถึงการตรวจ การรักษา การดูแลในหอผู้ป่วย การจ่ายยา การชำระค่าบริการ ตลอดจนการติดตามเยี่ยมท่านเมื่อกลับวัดแล้วในกรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลท่านยามอาพาธระยะท้าย กระบวนการทั้งหมดนี้ บุคลากรในโรงพยาบาล ตั้งแต่แพทย์ไปจนถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีปัญหาว่าจะปฏิบัติต่อท่านอย่างไรจึงจะถูกต้อง รวมถึงการจัดอาหารและเครื่องนุ่งห่มสำหรับพระสงฆ์เช่นกัน

สรุป รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุข มีระบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นพระสงฆ์ยังไม่ปรากฏชัดเจน ตั้งแต่โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการตรวจ รักษายังไม่มีช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ ในระบบการรักษาผู้ป่วยในบางโรงพยาบาลไม่มีห้องแยกที่รักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อวัณโรค เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มไม่มีเฉพาะสงฆ์ให้สำหรับเปลี่ยน คำแนะนำที่ได้รับยังไม่ละเอียดตามบริบทความเป็นพระสงฆ์ การติดตามการเยี่ยมยังไม่มีชัดเจน การควบคุมกำกับการณ์ยาตามระบบ DOT ยังไม่มีความชัดเจนและขาดการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์การดูแลคณะสงฆ์สายมหานิกายในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาที่เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่อาพาธเป็นวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ ซึ่งการดูแลพระสงฆ์ของ คณะสงฆ์ในแต่ละพื้นที่และแต่ละนิกายจะมีความแตกต่างกันบ้างตามบริบทของวัด ทั้งสายมหานิกาย และธรรมยุตินิกาย ซึ่งพอจะอธิบายถึงระบบการดูแลเมื่ออาพาธของพระสงฆ์ ได้ว่า

การดูแลคณะสงฆ์สายมหานิกาย

รูปแบบการดูแลเป็นการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธโดยให้สิทธิ์เจ้าอาวาสและ คณะกรรมการบริหารวัดเป็นผู้พิจารณา ซึ่งการดูแลนั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามจำนวนของ พระสงฆ์ที่มีในวัด เช่น วัดที่มีพระสงฆ์มากยกตัวอย่างวัดประจำจังหวัด วัดเจ้าคณะจังหวัดจะมี กองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ซึ่งได้จากการการสละปัจจัยจากพระสังฆาธิการแต่ละระดับปีละหนึ่งครั้ง เพื่อใช้ดูแล และเป็นคณะกรรมการในการจัดการ ในกรณีมีพระสงฆ์ในวัดอาพาธ มรณภาพ หรือ เกิดอัคริภัย วาตภัย การพิจารณาช่วยเหลือแล้วแต่กรณีตามความเหมาะสมของคณะกรรมการ กองทุนเห็นชอบ

เมื่อมีการอาพาธของพระสงฆ์ในวัด จะมีการพิจารณาพระสงฆ์เพื่อดูแล อุปัฏฐาก ซึ่งการดูแลจะดูแลในทุกเรื่องคือเรื่องอาหารที่จำเป็นและเหมาะสม การทำความสะอาด ที่อยู่อาศัย การดูแลการฉันทาตลอดจนกระทั่งอาการอาพาธทุเลาและสามารถดูแลตนเองได้ และหากจำเป็นต้องเดินทางไปรับการรักษาที่วัดจะมีรถยนต์นำส่งโรงพยาบาล

สำหรับวัดอื่นในสังกัดสายมหานิกาย การพิจารณาและตัดสินใจการดูแล พระสงฆ์ที่อาพาธในวัดจะขึ้นอยู่กับเจ้าอาวาสและคณะกรรมการบริหารวัดนั้น ๆ จะพิจารณาดูแล

การดูแลคณะสงฆ์ธรรมยุตินิกาย

สำหรับรูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธของพระสงฆ์ธรรมยุตินิกาย เจ้าคณะจังหวัดจะดำเนินการจัดตั้งกองทุนดูแลพระสงฆ์อาพาธในระดับจังหวัดคือดูแลช่วยเหลือ พระสงฆ์ทุกวัด ทุกรูป ที่ต้องการขอรับการดูแล กองทุนนี้ได้มาจากผ้าป่าในช่วงเข้าพรรษา ในแต่ละปี ซึ่งดำเนินการในรูปคณะกรรมการ ซึ่งการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาจะพิจารณา ช่วยเหลือกรณีอาพาธและมรณภาพ การพิจารณาเมื่ออาพาธครั้งละ 5,000 บาท ทั้งนี้แล้วแต่ คณะกรรมการบริหารกองทุนจะพิจารณาเห็นชอบหากเป็นพระสังฆาธิการ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธ และมีความจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลก็อาจพิจารณาช่วยเหลือตามที่เหมาะสม วัดที่เจ้าคณะ จังหวัดอยู่จะมีรถยนต์นำพระสงฆ์ในวัดที่อาพาธส่งโรงพยาบาลทุกรูป และเจ้าอาวาสจะพิจารณา พระสงฆ์เพื่อดูแลอุปัฏฐากและขอให้ฆราวาสช่วยดูแลในทุกเรื่องคือเรื่องอาหารที่จำเป็นและเหมาะสม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การดูแลการฉันทาตลอดจนกระทั่งอาการอาพาธทุเลาและสามารถ ดูแลตนเองได้

วัดอื่นในสังกัดในสายธรรมยุติกนิกาย การพิจารณาและตัดสินใจให้การดูแล พระสงฆ์ที่อาพาธในวัดในเรื่องอื่นจะขึ้นอยู่กับเจ้าอาวาสและคณะกรรมการบริหารวัดนั้น ๆ จะพิจารณาดูแล หรือหากวัดนั้น ๆ เจ้าอาวาสและคณะกรรมการวัดจะช่วยเหลือดูแลในทุกเรื่อง ก็ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจนั้น

สรุป สภาพปัญหาของการดูแลพระสงฆ์ของคณะสงฆ์ เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระบบและขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปธรรมตามความเหมาะสมของบริบท ของพระสงฆ์มาแต่เดิม ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ การดูแลพระสงฆ์เมื่ออาพาธทั่วไปมีการดูแล กันในวัดตามบริบทของวัดนั้น ๆ ส่วนรูปแบบของการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธจากการเป็นโรคติดต่อ โดยเฉพาะวัณโรคปอดซึ่งเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ถ้าไม่มีระบบ การป้องกันที่ดี สิ่งเหล่านี้ยังไม่ปรากฏให้เห็นการดูแลกันในวัดอย่างชัดเจน ทั้งสายมหานิกายและ ธรรมยุติกนิกาย

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัด กาฬสินธุ์

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์

ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเกิดได้ในสองลักษณะ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

ปัจจัยของการเสี่ยงต่อการอาพาธของพระสงฆ์ คือ เมื่อทราบว่ามีพระสงฆ์ รูปหนึ่งเป็นวัณโรค การที่จะไปรับเชื้อจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากความไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ในการ ป้องกันโรค เช่น ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยป้องกันเนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ใน อากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งรถยนต์ที่เป็นระบบปิด (โดยเปิดแอร์ไม่ได้เปิด หน้าต่างรถยนต์) การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกันการใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า หรือจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องล้างมือบ่อย ๆ และยังมี ปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้นคือความสูงอายุ และภาวะที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนที่พบเป็น มาก คือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเลือด เป็นต้น เนื่องจาก ความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคต่ำ และสามารถติดเชื้อ ได้ง่าย

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดไปสู่ผู้อื่นของพระสงฆ์

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น คือ การที่พระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคไม่ได้ดำเนินวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นในระยะ แพร่กระจายเชื้อของโรค เช่น การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การออกบิณฑบาต การนั่งฉันอาหารร่วมกันของพระสงฆ์ในวัด การรับกิจนิมนต์เพื่อไปแสดงพระธรรมเทศนา

การประกอบศาสนกิจต่าง ๆ ร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น การสวมหม่เครื่องนุ่งห่มที่ไม่ได้ชักทำ ความสะอาดบ่อย ๆ การกำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งการไม่ได้ทำความสะอาด ที่อยู่อาศัยไม่เปิดประตูและเปิดหน้าต่างเพื่อรับแสงแดด เพราะที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาดสามารถ เป็นแหล่งรังโรคได้

3. ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด
สภาพปัจจุบัน ปัญหาในเรื่องข้อจำกัดของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของ
จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาถึงสภาพปัจจุบัน พบว่า พระสงฆ์ทั่วไป การเข้าถึงบริการที่ยาก กว่าบุคคลทั่วไป การได้รับความรู้และคำแนะนำที่ยังไม่ละเอียดพอ จึงมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และรวมทั้งปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือการขาดการดูแลและขาดการ สนับสนุน จากบุคคลรอบข้างขณะอาพาธ

ตอนที่ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของคณะสงฆ์
จังหวัดกาฬสินธุ์

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลทุกระดับ) ต้องดำเนินการดังนี้
1.1 โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดกาฬสินธุ์
ต้องเปิดช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เมื่อรับการรักษา ในสถานพยาบาล การตรวจและรักษาในช่องทางที่กำหนดขึ้นเป็นพิเศษที่แยกออกจากประชาชน
ทั่วไป

1.2 สถานบริการสาธารณสุขจะต้องให้การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปีแก่ พระสงฆ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสำหรับพระสงฆ์ที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวจะต้องได้รับ การตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของการรักษาโรคนั้น ๆ โรคที่ต้องทำการคัดกรอง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต ไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจ และโรคทางพันธุกรรม เป็นต้น โดยใช้แบบคัดกรองตามกลุ่มอายุ และตามกลุ่มโรคและเมื่อมีพระสงฆ์ในวัดใดวัดหนึ่งเป็นวัณโรค ปอดจะต้องมีการคัดกรองตามแนวทางของวัณโรค

1.3 โรงพยาบาลในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกแห่งทำการตรวจรักษา ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์จัดทำคู่มือการรักษาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์และขึ้น ทะเบียนการรักษา หลังจากนั้นจะต้องแจ้งประสานเจ้าคณะตำบล เจ้าอาวาสวัด ตามนิกาย ที่สังกัดประสานแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าของพื้นที่ที่วัดนั้น ๆ ตั้งอยู่

1.4 สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องไปให้ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 แนวทางการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และทำการเยี่ยมพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเคร่งครัด และจัดให้มีผู้สังเกตการณ์ยา (Directly Observed Treatment, Short Course) โดยอาสาสมัครทุกวัน ผู้สังเกตอาจเป็นพระหรือเณรในวัด หรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชายในชุมชนและบันทึกการฉินยาของพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้นจะต้องไปตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน 2 เดือนแรกและเดือนต่อไป อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่องจนกว่าเสร็จสิ้นการรักษา ในกรณีที่วัดไม่มียานพาหนะ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธรูปนั้นมีปัญหาการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องแจ้งประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบไปส่ง เมื่อถึงวันที่แพทย์นัด

2. คณะสงฆ์และวัด

2.1 เจ้าอาวาสวัดจะต้องรับทราบและแยกกฏ ให้พระสงฆ์ที่อาพาธอยู่รูปเดียวในกรณีที่อยู่กฏกับพระสงฆ์รูปอื่น และมอบหมายการดูแลแก่อาสาสมัครผู้ชายในพื้นที่ หรือหากไม่มีอาสาสมัครผู้ชายสังเกตการณ์ยาจะต้องมอบหมายการดูแลแก่พระสงฆ์รูปอื่นที่อยู่ในวัดด้วยกันให้ช่วยเตือนการฉินยา และพระสงฆ์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลจะต้องหาอาหารที่จะช่วยดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดกฏ การช่วยดูแลทำความสะอาดผ้าปูที่นอน และเครื่องนอน

2.2 พระสงฆ์ที่อาพาธ เมื่อเริ่มกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลใดจะต้องอยู่รักษาที่โรงพยาบาลนั้น ๆ จนกว่าจะครบการรักษา หรือหากมีความจำเป็นจะต้องย้ายที่อยู่จะต้องแจ้งการย้ายสถานที่รักษาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง งดการบิณฑบาตอย่างน้อย 2 เดือนหรือจนกว่าจะพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อโรค สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยกับผู้อื่นหรือเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในที่มีคนมาก ดูแลตนเองรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอนถ้าสามารถทำเองได้ ถ้าทำเองไม่ได้จะต้องยินยอมให้ผู้อื่นช่วยเหลือ งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลังและปฏิบัติตามคู่มือการรักษาของพระสงฆ์อย่างเคร่งครัด

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดยานพาหนะเพื่อรับส่งพระสงฆ์ไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ดูแลส่งเคราะห์ตามสิทธิ์ที่ได้รับ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ

4. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลหรือ อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนทั่วไปจะต้องมีการรวมกลุ่มเป็นคณะกรรมการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะต้องเป็นแกนนำและให้หน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน มาเป็นคณะกรรมการ เพื่อวางแผนและดำเนินการแก้ไข ปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการศึกษาวิจัยที่นำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของ พระสงฆ์จากการศึกษาวิจัย พบว่า

พระพุทธศาสนาเปรียบเสมือนรากเหง้าของสังคมไทย มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต ค่านิยม และความเชื่อของคนไทยต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน สถาบันศาสนาเป็นศูนย์กลางในการ ปฏิบัติกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนา ศูนย์การศึกษาท้องถิ่น ตลอดถึงแหล่ง สืบทอดและเรียนรู้ทางศิลปวัฒนธรรมที่สำคัญพระสงฆ์ เป็นหนึ่งในพระไตรรัตน์ หรือแก้วสาม ประการ อันได้แก่ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ มีบทบาทและมีความสำคัญในสังคมไทย โดยเป็นผู้เผยแผ่พระธรรมจรโลงศาสนา (สุนันท์ แสงทรัพย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2554) จากภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผล กระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป ไม่เว้นแม้ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในปัจจุบันพระภิกษุ สูงอายุในประเทศไทยกำลังประสบปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา เป็นกลุ่ม บุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการจรโลงศาสนาและจิตใจของชาวพุทธ เป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของ องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า การที่อยู่ในเพศบรรพชิตซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎและระเบียบของสงฆ์ ที่เหมือนกับประชาชนทั่วไป อดีตที่ผ่านมาพระสงฆ์เป็นกลุ่มที่โอกาสน้อยในการเข้าถึงระบบบริการ ด้านสุขภาพ ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเนื่องจากต้องปฏิบัติศาสนกิจ ขาดการตรวจสุขภาพ ประจำปีสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิณณธร ชัชวรัตน์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พระสงฆ์จำนวนมากที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง แต่ก็ยังคงมีพระสงฆ์จำนวนหนึ่งที่อาพาธด้วยโรคติดต่อการเย็บและฟื้นฟูสุขภาพ อย่างถูกต้องจาก เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระสงฆ์ ดำเนินชีวิตไปตามลำพังซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์ขาดการฉันทยา ขาดการนั้รักษาอย่างต่อเนื่อง และขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสุขภาพที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต (2557) ที่ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การดำเนินจริยวัตรหรือกิจวัตรในแต่ละวันของพระสงฆ์เป็นหน้าที่ตามพระวินัยสัปปะการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของพระสงฆ์ที่จะต้องปฏิบัติ และพระวินัยได้กำหนดกิจวัตรของพระสงฆ์สัปปะการจริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้าย ๆ กัน คลาดเคลื่อนกันไม่มาก ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตามจริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้ายคลึงกัน ตามกิจวัตรสัปปะการที่เป็นพระวินัยของสงฆ์ที่ควรปฏิบัติ อาจคลาดเคลื่อนกันบ้างเล็กน้อยตามบริบทของวัด ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม โดยเริ่มจากตั้งแต่ตื่นจากจำวัดในตอนเช้ามีตจนกระทั่งเข้าจำวัดในตอนค่ำ สำหรับวันพิเศษเช่นวันพระจะมีการสวดมนต์คือทำอุโบสถศีลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวัดจะจัดตารางเวลาตามบริบทของวัดนั้น ๆ แต่หากพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคนั้น กิจวัตรทั้งสิบข้อที่ถือปฏิบัติ บางข้อที่เกี่ยวข้องที่ว่าด้วยเรื่องของการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี และข้อที่ว่าด้วยเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายเพื่อลดเชื้อโรค จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถือปฏิบัติเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาไว้ก่อนเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธ เนื่องจากจะต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจากตนเองไปสู่บุคคลอื่น

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในอดีตที่ผ่านมาเป็นการดูแลสุขภาพรูปที่มีรูปแบบการดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 ระบบ คือการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุข และระบบการดูแลของคณะสงฆ์ซึ่งทั้งสองระบบมีการดำเนินงานที่ผ่านมาอยู่แล้วโดยที่รูปแบบการบริการสาธารณสุขพบปัญหาการดำเนินงาน DOT ยังเข้าไม่ถึงวัดทำให้พระสงฆ์เข้าถึงบริการการรักษาได้ยาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ เดชา บัวเทศ (2553) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน อีกทั้งยังขาดการดึงบุคคลในชุมชนเข้ามาช่วยดูแล ส่วนรูปแบบการดูแลของคณะสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์พบปัญหาคือการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคยังไม่มี ความชัดเจนพระสงฆ์จะดูแลการอาพาธซึ่งไม่ได้เน้นโรคติดต่อ การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ยังคงต้องได้มีการพัฒนาทั้งสองระบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีความเหมาะสมชัดเจนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนตัวพระสงฆ์เองนั้น จะมองโลกในแง่ดีและยึดมั่นในพระธรรมคำสอนที่จะพยายามไม่เบียดเบียนผู้อื่น จึงไม่มีการร้องขอให้ใครมาช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้พระสงฆ์เกือบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคิดเหมือนกันว่า พระสงฆ์ต้องพึ่งตนเองก่อน เมื่อพึ่งไม่ไหวจึงจะพึ่งผู้อื่นและผู้อื่นในที่นี้ก็คือหน่วยงานของรัฐ และบุคลากรรอบข้าง

สอดคล้องกับงานวิจัยของ เดชา บัวเทศ (2553) จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า เรื่องของสังคมเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเกี่ยวข้องกับทุกๆ เรื่อง ทุกๆ กิจกรรม คนหรือมนุษย์เป็นผู้กระทำกิจกรรมหรือทำให้สังคมมีชีวิต หากปราศจากความร่วมมือ ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินในชุมชน มักจะไม่ประสบผลสำเร็จ ตามที่ชุมชนตั้งความหวังไว้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากมอร์ชอวเดรีย Morshed (2004) ที่กล่าวว่าสมาชิกในชุมชนจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้ของคนในชุมชน การขัดความไม่เท่าเทียมกันจะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ผลดีในระดับท้องถิ่น และซาคัส Zakus J. D. L. (1998) ได้กล่าวเสริมว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกและกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอย่างหนึ่งของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชน ดังนั้นการที่องค์กรจะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนก็ต้องเข้าใจในบริบทของชุมชนด้วย

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธวัณโรคของพระสงฆ์ เกิดได้ในสองลักษณะ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

ปัจจัยของการเสี่ยงต่อการอาพาธของพระสงฆ์คือ เมื่อทราบว่ามิพระสงฆ์รูปหนึ่งเป็นวัณโรค การที่จะไปรับเชื้อจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากความไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่น ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยป้องกัน เนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งรถยนต์ที่เป็นระบบปิด (ไม่ได้เปิดหน้าต่างรถยนต์) การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยพูด ไอหรือจามก็สามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้ การใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า หรือจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องล้างมือบ่อย ๆ และยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื่อวัณโรคมากขึ้นคือ ความสูงอายุ และภาวะที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนที่พบเป็นมากคือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเลือด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิมล สุวิมล พลวรรณ (2552) ที่พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.4 โรคเบาหวานร้อยละ 32.2 โรคหัวใจร้อยละ 13.8 และผลจากการสูบบุหรี่ให้เป็นโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 5.7 เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ และสามารถติดโรคได้ง่าย

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น คือ การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยการออกบิณฑบาต การนั่งฉันอาหารร่วมกันของพระสงฆ์ในวัด การรับกิจนิมนต์ เพื่อไปแสดงธรรมหรือเทศนา การประกอบศาสนกิจต่าง ๆ เครื่องนุ่งห่มที่ไม่ได้ซักทำความสะอาดบ่อย ๆ ทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค การกำจัดขยะที่

เปื้อนน้ำมูก น้ำลายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งการไม่ได้ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยไม่เปิดประตูและเปิดหน้าต่างเพื่อรับแสงแดด เพราะที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาดสามารถเป็นแหล่งรังโรคได้

ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคปอดสภาพปัจจุบัน ปัญหาในเรื่องข้อจำกัดของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาถึงสภาพปัจจุบัน พบว่า พระสงฆ์ทั่วไป ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ยังไม่ละเอียดพอ จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และรวมทั้งปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือการขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างขณะอาพาธ

ตอนที่ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญในทุกระดับ รวมทั้งพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคซึ่งต้องเป็นผู้ดูแลตนเองเมื่ออาพาธ สามารถนำมาอภิปรายได้ในสองระบบของการดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก กล่าวคือ

ระบบแรก เป็นการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลที่ตรวจและวินิจฉัยรักษาพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องเปิดช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เมื่อรับการรักษาในสถานพยาบาล การตรวจและรักษาในช่องทางที่กำหนดขึ้นเป็นพิเศษที่แยกออกจากประชาชนทั่วไป โรงพยาบาลในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ทุกแห่งทำการตรวจรักษา ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ จัดทำคู่มือการรักษาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์และขึ้นทะเบียนการรักษา หลังจากนั้นจะต้องแจ้งประสานเจ้าคณะตำบล เจ้าอาวาสวัด ตามนิกายที่สังกัด ประสานแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าของพื้นที่ ที่วัดนั้น ๆ ตั้งอยู่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องให้การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปีแก่พระสงฆ์ในวัดในพื้นที่รับผิดชอบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสำหรับพระสงฆ์ที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของการรักษาโรคนั้น ๆ โรคที่ต้องทำการคัดกรองคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต ไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจ เป็นต้น โดยใช้แบบคัดกรองตามกลุ่มอายุ และตามกลุ่มโรคและเมื่อมีพระสงฆ์ในวัดใดวัดหนึ่งเป็นวัณโรคปอดจะต้องมีการคัดกรองตามแนวทางของวัณโรค และจะต้องไปให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคแนวทางการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และทำการเยี่ยมพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามเกณฑ์และแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค และจัดให้มีผู้สังเกตการณ์ (Directly Observed

Treatment Short Course) โดยอาสาสมัครทุกวัน ผู้สังเกตอาจเป็นพระหรือเณรในวัดอาจเป็น อาสาสมัครวัดโดยพระสงฆ์ หรือถึงชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชายในชุมชนและต้องบันทึกการฉันทยาของพระสงฆ์ เนื่องจากผลกระทบ ทางสังคมทำให้พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคบางรูป ไม่กล้าที่จะให้ผู้อื่นทราบว่าตนอาพาธเป็นวัณโรค เนื่องจากสังคมรังเกียจ ทั้งแสดงอาการทางสายตา และการซุบซิบนินทา จึงเป็นปัจจัยให้การดูแล ตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งชุมชนควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อจะได้ร่วมมือในการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลใน สังคมได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์คอบบ์และเฮาส์ Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่ ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความรักเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือว่ามีคุณค่า และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันกันและ ทอยส์ Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทาง สังคม คือ การที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม วัตถุและ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลที่เผชิญกับความเครียด สามารถสนองตอบต่อ ความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น นอกจากนี้การที่บุคคลในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคด้วยความสมัครใจ ก็จะเป็นการพัฒนาชุมชนของตนเองด้วย ความ รับผิดชอบร่วมกัน จะทำให้สามารถช่วยให้การรักษาอย่างต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี เพราะทุกคนเห็นว่าเป็น ปัญหาของชุมชนของตน รู้สึกถึงความรับผิดชอบ ความเป็นเจ้าของ ไม่อยากให้มีปัญหาในชุมชน ของตน และต้องมีส่วนในการแก้ไขปัญหาด้วยกันกันนั้น ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลหรือ อบต. ประชาชนทั่วไปจะต้องมีการรวมกลุ่มเป็นคณะกรรมการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของ พระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะต้องเป็นแกนนำและให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน มาเป็นคณะกรรมการ เพื่อวางแผนและดำเนินการแก้ไข ปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้นจะต้องไปตรวจเยี่ยมตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วย วัณโรคสัปดาห์ละ 1 ครั้งใน 2 เดือนแรกและเดือนต่อไปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง จนกว่าเสร็จสิ้นการรักษา ในกรณีที่วัดไม่มียานพาหนะ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธรูปนั้นมีปัญหา การเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องแจ้งประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบไปส่งเมื่อถึงวันที่แพทย์นัด

ระบบที่สองระบบการดูแลโดยคณะสงฆ์และวัดคณะสงฆ์ระดับผู้บริหาร พระสังฆาธิการทุกระดับต้องตระหนัก รับทราบและวางแผนแนวทางการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็น

วัดโรค พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกวัดในสังกัดรับนโยบายไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันพระสังฆาธิการในระดับตำบล และอำเภอในวัดที่มีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัดโรค จะต้องให้กำลังใจพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรค เพื่อให้พระสงฆ์ที่อาพาธได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายขาดจากโรค

เจ้าอาวาสวัดจะต้องรับทราบและแยกญาติ ให้พระสงฆ์ที่อาพาธอยู่รูปเดียวในกรณีที่อยู่ญาติกับพระสงฆ์รูปอื่น และมอบหมายการดูแลแก่อาสาสมัครผู้ชายในพื้นที่ หรือหากไม่มีอาสาสมัครผู้ชายสังเกตการณ์ยาจะต้องมอบหมายการดูแลแก่พระสงฆ์รูปอื่นที่อยู่ในวัดด้วยกันให้ช่วยดูแลเตือนการฉันทยา และพระสงฆ์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลจะต้องหาขาราวาสที่จะช่วยดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดกุฏิ การช่วยดูแลทำความสะอาดผ้าปูเตียง และเครื่องนอนในกรณีที่มีพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัดโรคสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และพระสงฆ์ที่มาจากต่างถิ่นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ สอดคล้องกับ

พระสงฆ์ที่อาพาธ เมื่อเริ่มกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลใดจะต้องอยู่รักษาที่โรงพยาบาลนั้น ๆ จนกว่าจะครบการรักษา หรือหากมีความจำเป็นจะต้องย้ายที่อยู่จะต้องแจ้งการย้ายสถานที่รักษาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นต่อเนื่อง รับประทานยา อย่างต่อเนื่อง งดการบิดนวดอย่างน้อย 2 เดือนหรือจนกว่าจะพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อโรค สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยกับผู้อื่นหรือเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในที่ที่มีคนมาก ดูแลตนเองรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอนถ้าสามารถทำเองได้ ถ้าทำเองไม่ได้จะต้องยินยอมให้ผู้อื่นช่วยเหลือ งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลังและปฏิบัติตามคู่มือการรักษาของพระสงฆ์อย่างเคร่งครัดเป็นการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยทุกคนต้องปฏิบัติซึ่งตรงกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ เดชา บัวเทศ (2553) ที่กล่าวว่า เป้าหมายสูงสุดในการดูแลตนเองตามทัศนะของโอโรเม คือ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพแต่เป้าหมายในระยะสั้นคือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของบุคคล รวมถึงการส่งเสริมกระบวนการชีวิตและการทำหน้าที่ของบุคคลคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนา ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคและการเจ็บป่วยและการที่คนเราจะดูแลตนเองได้ดีนั้นจะต้องมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยสอดคล้องกับแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Kurt Lewin (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2542) บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกที่ว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความรู้เรื่องโรคและประสบการณ์เดิมที่เคยพบเคยประสบมาก่อน ผวนกับความรู้ใหม่ที่ได้รับจากบุคคลอื่นหรือบุคลากรทางด้านกายภาพและสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค มีสาเหตุมาจากการที่ไม่ได้ระมัดระวังตัวมากนักไม่นึกว่าตนเองจะเป็นโรค สาเหตุอีกประการหนึ่งคือพระสงฆ์มักไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพร่างกายซึ่งเป็นประการสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พระสงฆ์ควรได้มีการตรวจสุขภาพก่อนบวช โดยเฉพาะโรคที่เป็นโรคติดต่อและหรือโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นเช่นวัณโรค และโรคติดต่อร้ายแรงอื่นที่จำเป็นตามสมัยกาลเวลาและตามพระวินัยที่บัญญัติ
2. พระสงฆ์ควรได้ตรวจสุขภาพประจำปี โดยให้ความร่วมมือในการตรวจกับหน่วยบริการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่วัดต่าง ๆ ตั้งอยู่ เนื่องจากการให้บริการตรวจสุขภาพพื้นฐาน เช่นตรวจน้ำตาล วัดความดันโลหิตเป็นหน้าที่ ที่สถานบริการในพื้นที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการออกให้บริการปีละหนึ่งถึงสองครั้ง และสถานบริการควรได้เพิ่มกิจกรรมในการตรวจให้หลากหลายมากกว่าเดิมเช่นการถ่ายภาพรังสีปอด การตรวจระดับไขมันในเส้นเลือด
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหมั่นออกไปถวายความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์เป็นระยะทุกอาจทุก 6 เดือนหรือนิมนต์พระสงฆ์อาสาสมัครวัดเข้ารับการอบรมเป็นระยะเพื่อให้พระสงฆ์มีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้นหรือจัดถวายความรู้ เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา การเสพสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การออกกำลังกาย เป็นต้น จากนั้นควรแนะนำการเลือกฉันทาอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย
4. พระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังควรได้ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่ตนเองเป็นอยู่ ให้มีความรู้ หรืออ่านศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือที่โรงพยาบาลได้ให้ติดตัวไว้ เพื่อให้เข้าใจการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และหากไม่เข้าใจสามารถสอบถามบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
5. คณะสงฆ์ผู้เป็นฝ่ายบริหารหรือฝ่ายปกครอง ควรร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ให้ดีขึ้น โดยการจัดทำคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพ หรือจัดตั้งศูนย์สุขภาพพระสงฆ์ขึ้นภายในวัดหรือมีการมอบหมายภาระกิจชัดเจนแก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและพระสงฆ์รูปอื่น ๆ ในวัด

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นจะต้องได้รับการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบกับสภาพปัจจุบันพระสงฆ์สามเณรที่เกิดการเจ็บป่วยด้วย

โรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค สังคมขาดการเหลียวแลหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ยังไม่มีความชัดเจนการกำหนดแผนงานดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากหน่วยงานสาธารณสุข จากผลการวิจัยพบว่า หน่วยงานหรือสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับยังไม่มีระบบหรือแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน การดูแลรักษาจะดำเนินการตามแนวทางของผู้ป่วยวัณโรคอื่น การตรวจสุขภาพหรือการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ การตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อในวัด และการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ดังนี้

1.1 การกำหนดเป็นรูปแบบและแนวทางปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปกำหนดแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค ที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง ตรวจและวินิจฉัยโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การกลับไปตรวจและรักษาตามที่แพทย์นัดเป็นระยะ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การกำหนดแนวทางการดูแลอย่างชัดเจนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับเพื่อช่วยดูแลพระสงฆ์ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และเป็นพระสงฆ์ที่มาจากต่างถิ่น

1.2 การพัฒนาคู่มือการดูแลรักษาพระสงฆ์ขณะอาพาธเป็นวัณโรค หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปจัดทำคู่มือ สมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นพระสงฆ์ หลักเกณฑ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่มีเนื้อหาประกอบด้วย รักษา การฉีดยา การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดเชื้อโรคและการบันทึกการฉีดยาโดยมีผู้สังเกตและเตือนการฉีดยา

1.3 พัฒนาอาสาสมัครพระสงฆ์ประจำวัด โดยจัดให้มีการอบรมและพัฒนาทักษะให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค ภายในวัดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตามหลักการและแนวทางที่กำหนด

1.4 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับชุมชน เพื่อดึงทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คณะกรรมการควรประกอบด้วยภาคส่วนต่าง ๆ คือ วัด ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน อบต.หรือเทศบาล และกรรมการวัด

1.5 วัด สามารถดำเนินการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นอาสาสมัครพระสงฆ์ประจำวัดดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัดโดยนำเงินส่วนรายได้ของวัดมาเป็นทุนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

1.6 คณะสงฆ์ ควรส่งเสริมให้พระสงฆ์ และวัดดำเนินพัฒนาเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกวัดการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัดเพราะสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อมูลหลายประเด็นที่น่าสนใจและควรดำเนินศึกษาวิจัยเพิ่มเติมหรือต่อยอดงานวิจัยนี้ได้แก่

1. ความสำเร็จของการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพโดยพระสงฆ์
2. การศึกษาการมีอาสาสมัครประจำวัด โดยพระสงฆ์ในวัด หรือฆราวาสที่ยินดีเป็นอาสาสมัครอาจเป็นผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินจริยวัตรที่สามารถป้องกันโรคในพระสงฆ์ ทั้งโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ
4. การศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาพพระสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ หรือการใช้เครื่องดื่มชูกำลัง การใช้ยานัตถ์ การฉันทอาหารเสริม



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2551). แนวทางการดำเนินงานวันโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติพ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษดา พรหมวรรณ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน 40 ปีขึ้นไป เขตตำบลบัว : เอกสารวิชาการสถานีนอนามัยตำบลบัว. ม.ป.ท.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2548). อาหารการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองศาสนศึกษา. (2541). อธิบายวินัยสำหรับนักธรรมชั้นตรี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กาญจนา พะวินรัมย์. (2556). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดและครอบครัว. การศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คทาวุฒิ มีมุก และคณะ. (2551). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. สงขลา: สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คุณ โทจันทร์. (2537). พุทธศาสนากับชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- งามพิศ สัตย์สงวน. (2539). การวิจัยทางมานุษยวิทยา (3rd ed.). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จงจิต เสน่หา. (2552). พระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 26(3), 56-62.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- จาริณี ยศปัญญา และ วันเพ็ญศิริวรมย์. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณรวัด
ส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. ขอนแก่น: กรมอนามัยกระทรวง
สาธารณสุข.
- จิตรานนท์ โกสิย์รัตนภิบาล. (2554). รายงานการวิจัยผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบต่อ
ความรู้การรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่มารับบริการที่ตึกสงฆ์อาพาธ
สกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ.
- จินตนา สุวิทวัส. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุในช่วงการเปลี่ยนผ่านทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนลุ่มน้ำพอง
ตอนล่าง. มหาสารคาม: วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ฉวีวรรณ สุวรรณภา. (2554). พระพุทธศาสนากับวัฒนธรรมไทย. *พุทธจักร*, 65(4), 101-109.
- ฐาณินญา แสนศรี. (2558). การศึกษาสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดลพบุรีปีงบประมาณ
2558. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2.
- เดชา บัวเทศ. (2553). สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
ภาคกลางตอนบน. มหาสารคาม: วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทรงคุณ จันทจร. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธัญพร ปานสุวรรณ. (2556). การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ก่อนเข้ารับการ
ตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นัยพรรณ วรรณศิริ. (2540). มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยาและ
มานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บรรจง จาดบุญนาถ. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทาน
ยาวัณโรคของผู้สูงอายุวัณโรคปอด อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. การศึกษาค้นคว้าอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ. (2549). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระธุดงค์ที่เข้ารับ
การตรวจสุขภาพเนื่องในเทศกาลวันวิสาขบูชาประจำปี. กรุงเทพฯ.
- บุญยดา สิ้นสุนทร. (2553). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในชุมชน
อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประนอม นพคุณ. (2555). การสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2542). พัฒนาทักษะชีวิตเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
ในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ปรียา กิ่งไทร. (2550). พฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 5 อ.ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- ปรียา สิ้นธระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช. (2555). การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชน
ของโรงพยาบาลวารินवासจังหวัดสกลนคร. *วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์ สาขาภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 112-130.
- ปณณธร ชัชวรัตน์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา.
พะเยา. วิทยาลัยพยาบาลพะเยา.
- พรพิมล จิตธรรมมา. (2553). พฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค กรณีศึกษาอำเภอโนนสะอาด
จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี. โรงพยาบาลโนนสะอาด.
- พระครูวินัยธร พงศธรแก้วลาน. (2560). พระนักเทศน์ : การศึกษาศิลปะการเทศน์ต่อการเพิ่มศรัทธา
ในพุทธศาสนาของชาวอีสาน. มหาสารคาม: วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต. มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.

- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัด
ขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุสิตบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.
- พระธรรมโมลี (ทองอยู่ญาณวิสุทฺธ). (2551). พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
ของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพิพัฒน์ อภิวัตน์โน. (2554). การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่.
พระนครศรีอยุธยา: วิทยานิพนธ์ พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พัฒน์ บุญภาพิมพ์. (2554). การจัดการสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล
บ้านบึง จังหวัดชลบุรี. ปทุมธานี: วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย
อลงกรณ์.
- พิฑูร มลิวัลย์. (2541). เอกสารวิชาการกลุ่มวิชาการพระพุทธศาสนาและจริยศึกษา (2nd ed.). กรุงเทพฯ:
กรมการศาสนา กองศาสนศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- ไพฑูรย์ มีกุล. (2528). ประวัติศาสตร์ไทยสมัยต้น. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาสารคาม.
- ไพรัช บวรสมพงษ์. (2542). อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
พิษสุราเรื้อรังศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพรัช ม่วงศรี. (2555). ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มต่อความสามารถ
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 16(31), 89–
94.
- ภัทรพล ตันเสถียร. (2550). คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทาง
การแพทย์ณโรงพยาบาลสงฆ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิศึกษาและเผยแพร่พระพุทธศาสนา. (n.d.). พิจารณาปัจจัยทั้ง 4. Retrieved January 22, 2018,
from <https://www.dhammadhome.com/webboard/topic/18467>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2547). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ลานพุทธศาสนา. (n.d.). นรกขุมต่างๆ. Retrieved March 12, 2018, from
<http://larnbuddhism.com/godgram/nr/03.html>

- วงจันทร์ จิตเพียร. (2553). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายกรณีในเขตพื้นที่
ความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 3 (CUPเมืองย่า3). การศึกษาค้นคว้าอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชชุดา เทียนเจษฎา และเชิดชัย สุนทรภาส. (2555). การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาล
บ้านกรวด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 8(2), 61-68.
- วีรมลล์ จันทร์ดี. (2542). การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมในการใช้บริการสาธารณสุขใกล้
บ้านของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่างจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (n.d.). กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือผู้จัดการสุขภาพองค์กรร่วมเพื่อพัฒนา
สุขภาพระดับปฐมภูมิ. มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาสารคาม.
- ศิริพร ชมภูลิขิต. (2545). คู่มือการสอนการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ม.ป.ท.: ม.
ป.พ.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ และคณะ. (2550). ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน
ชุมชน.สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สนิท สมัครการ. (2540). วิธีการศึกษาสังคมมนุษย์กับดั่งแบบสำหรับศึกษาสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมศรี ธรรมโม. (2544). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อความร่วมมือใน
แผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด. เชียงใหม่.
- สยาม ราชวัตร. (2555). หลักปฏิบัติและการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาลกรณีศึกษาข้อมูลใน
วัดตวันธง. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน
เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์. (2556). บรรยายสรุปจังหวัดกาฬสินธุ์. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศ
และการสื่อสารสำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560). เอกสารวิชาการแบบตรวจราชการรอบที่ 1 /2560.

กาฬสินธุ์: กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขกาฬสินธุ์.

สุชาดา วงศ์สีบชาติ. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญ. พระนครศรีอยุธยา: วิทยานิพนธ์ พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สุนันท์ แสงทรัพย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง*, 26(4), 86-91.

สุภางค์ จันทวานิช. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพ (14th ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภางค์ จันทวานิช. (2554). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (10th ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล พลวรรณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังจังหวัดสระบุรี. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิรักษ์ คำเสนาะ. (2549). การครองชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรชร โวทวี. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดตราบุรี. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อิบราฮิมฟาริดา. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

แอนนา สุมะโน. (2550). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคอำเภอศรีราชา ชลบุรี. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.

Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior in Thorofare*. New Jersey: Charles B. Slack.

Blogger. (n.d.). การรับนิมนต์. Retrieved March 12, 2018, from

http://buddhaholic.blogspot.com/2013/02/blog-post_24.html

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Freud, S. (1947). The Ego and the Id. *An Outline of Psychoanalysis*, 19(3), 63–66.
- Fry, C. (1980). *Aging in Culture and Society* (Bergin). Brooklyn, NY.
- Garrido MDS, Penna ML, Perez-Porcuna TM, Souza ABD, M. L. (2012). Albuquerque BC et al, Factors Associated with Tuberculosis Treatment Default in an Endemic Area of the Brazilian Amazon : A case Control-Study. *PLos One*, 7(6), 142–150.
- Gochman, D. S. L. (1982). System and Motives Some Perspectives for Future Research. *Health Education Quarterly*, 19(3), 167–174.
- Horne, D. and others. (2012). Association between Smoking and Latent Tuberculosis in the U.S. Population: An Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey. *PLos One*, 7(11), 89–95.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jianming Wang and Hongbinh. (2009). Direct Observation and Completion of Treatment of Tuberculosis in Rural Areas of China. *Cand J Public Health*, 37(3), 304–309.
- Morshed, C. (2004). Community Participation in Health Care. *Bull World HealthOrgan*, 82(11), 112–119.
- Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, O. V. and O. F. (2011). Eithdefault from Treatment Among Tuberculosis Patients in Nairobi Province, Kenya : A Case Control Study. *BMC Public Health*, 11(6), 88–95.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing: Concept of Practice*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. California: Appleton and Lange.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy Adherence to Medication The New England. *Journal of Medicine*, 353(5), 355–385.

Rosenstock, L. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Mode. *Health Education Monographs*, 2(4), 355–385.

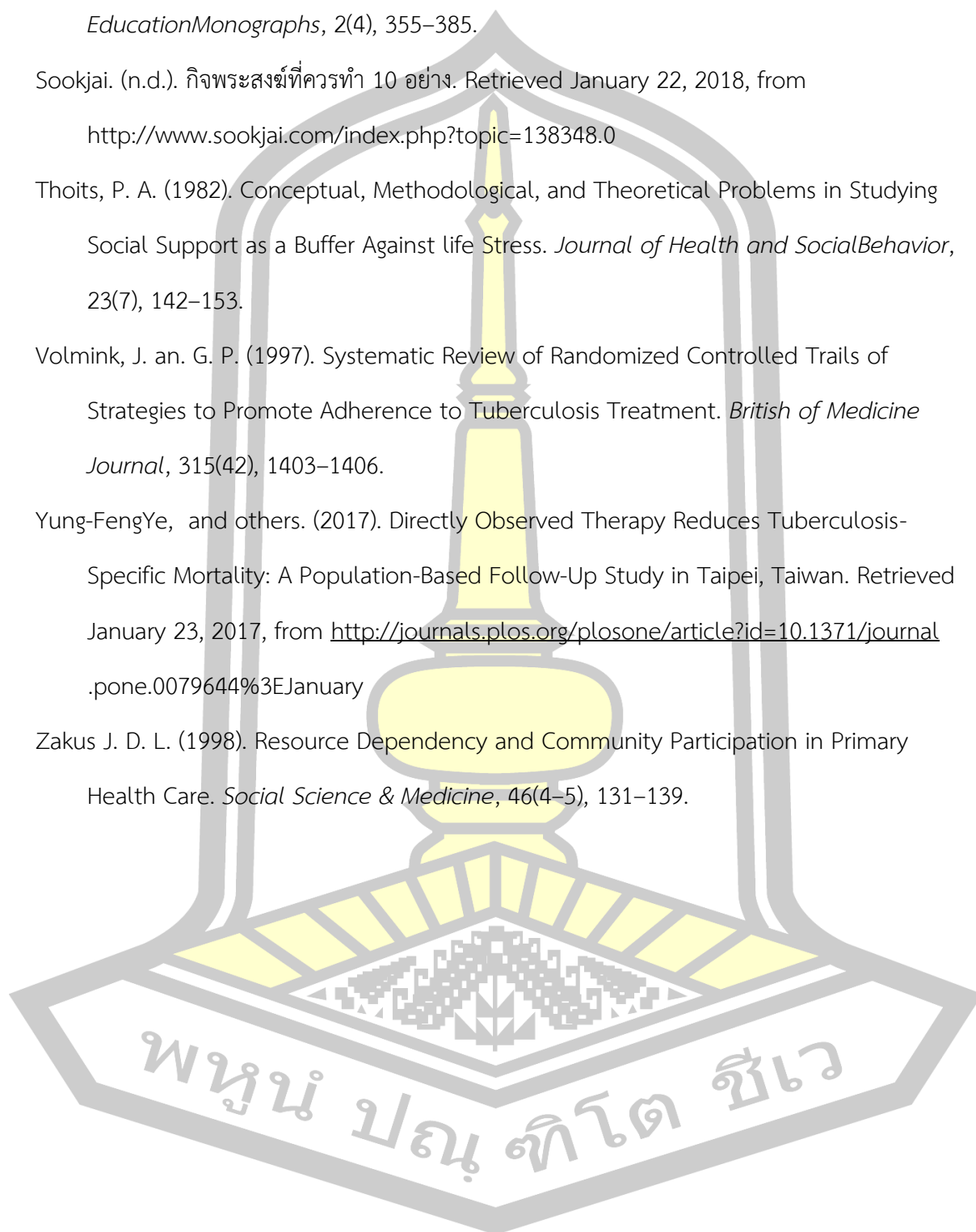
Sookjai. (n.d.). กิจพระสงฆ์ที่ควรทำ 10 อย่าง. Retrieved January 22, 2018, from <http://www.sookjai.com/index.php?topic=138348.0>

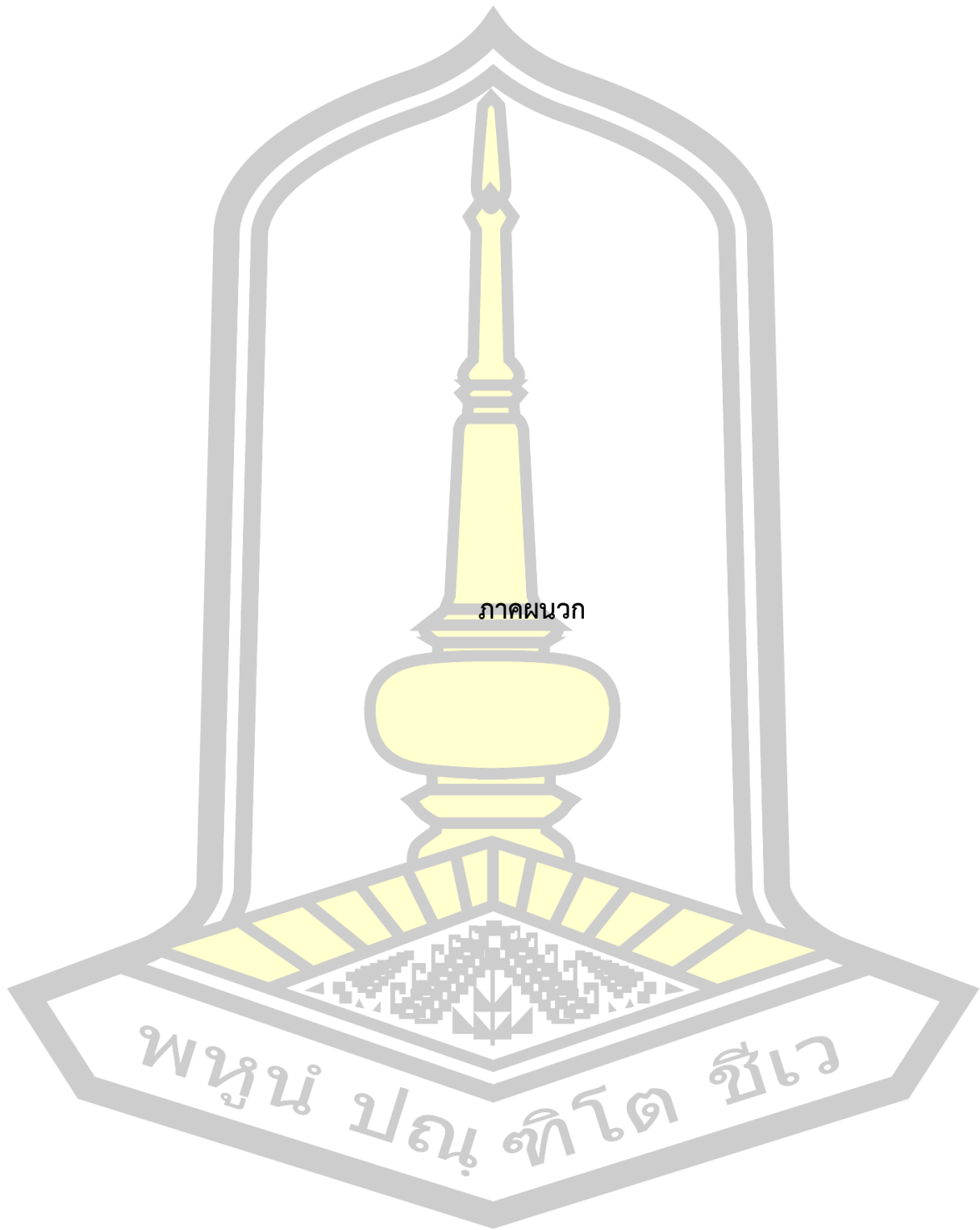
Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(7), 142–153.

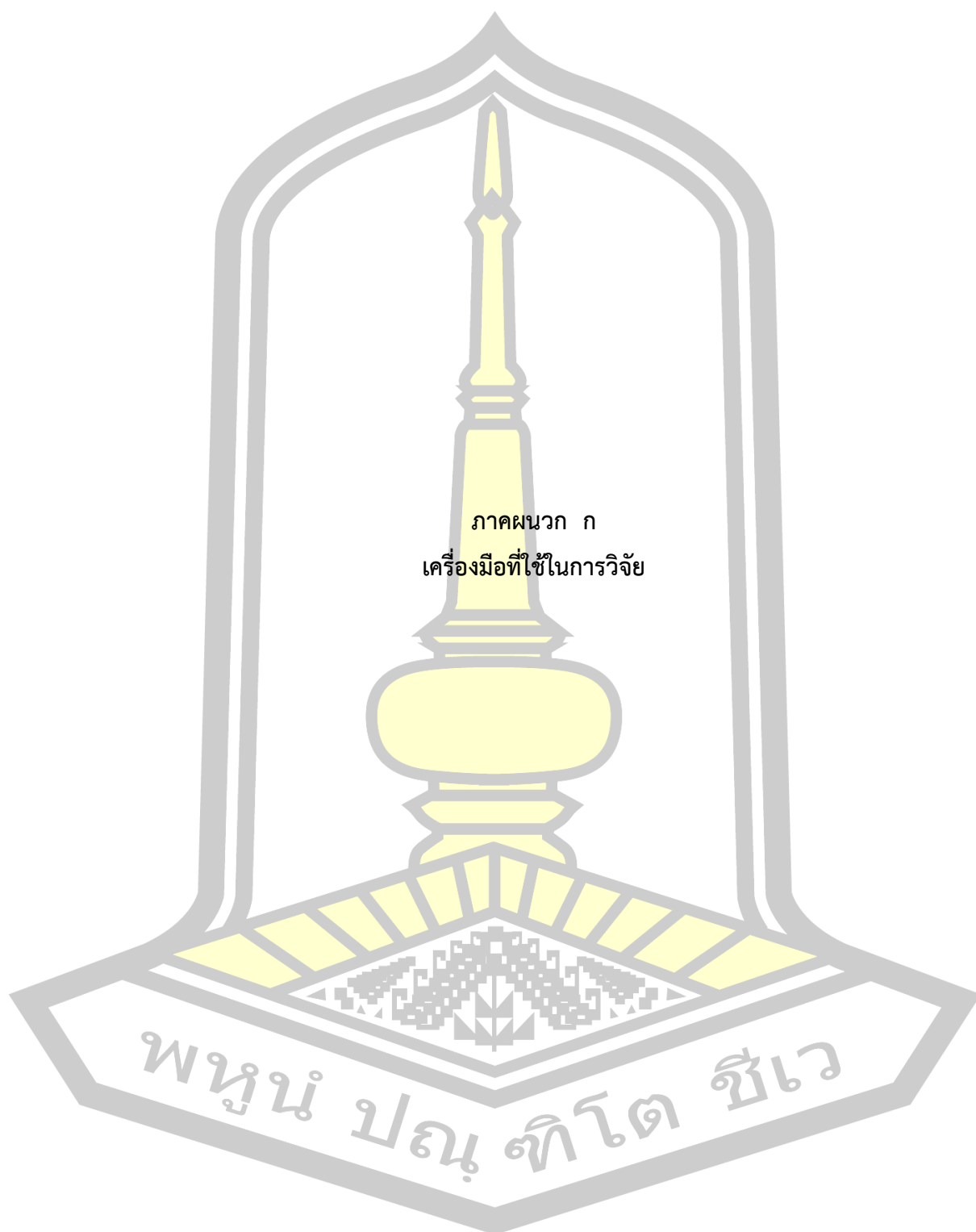
Volmink, J. an. G. P. (1997). Systematic Review of Randomized Controlled Trails of Strategies to Promote Adherence to Tuberculosis Treatment. *British of Medicine Journal*, 315(42), 1403–1406.

Yung-FengYe, and others. (2017). Directly Observed Therapy Reduces Tuberculosis-Specific Mortality: A Population-Based Follow-Up Study in Taipei, Taiwan. Retrieved January 23, 2017, from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0079644>

Zakus J. D. L. (1998). Resource Dependency and Community Participation in Primary Health Care. *Social Science & Medicine*, 46(4–5), 131–139.







ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัณฑิต ชีวะ

แบบสำรวจเบื้องต้น (Basic Survey)

สำรวจสภาพทั่วไปของพื้นที่วิจัย

สถานที่.....

วันเดือนปีที่สำรวจ.....

ผู้สำรวจ.....

หมายเหตุ การสำรวจ.....

1. สภาพทั่วไปของชุมชน

1.1 ที่ตั้ง

ทิศเหนือ ติดต่อกับ

ทิศใต้ ติดต่อกับ

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ

1.2 ภูมิประเทศ.....

.....

.....

.....

.....

1.3 ภูมิอากาศ

.....

.....

1.4 ทรัพยากร

.....

.....

1.5 การคมนาคม

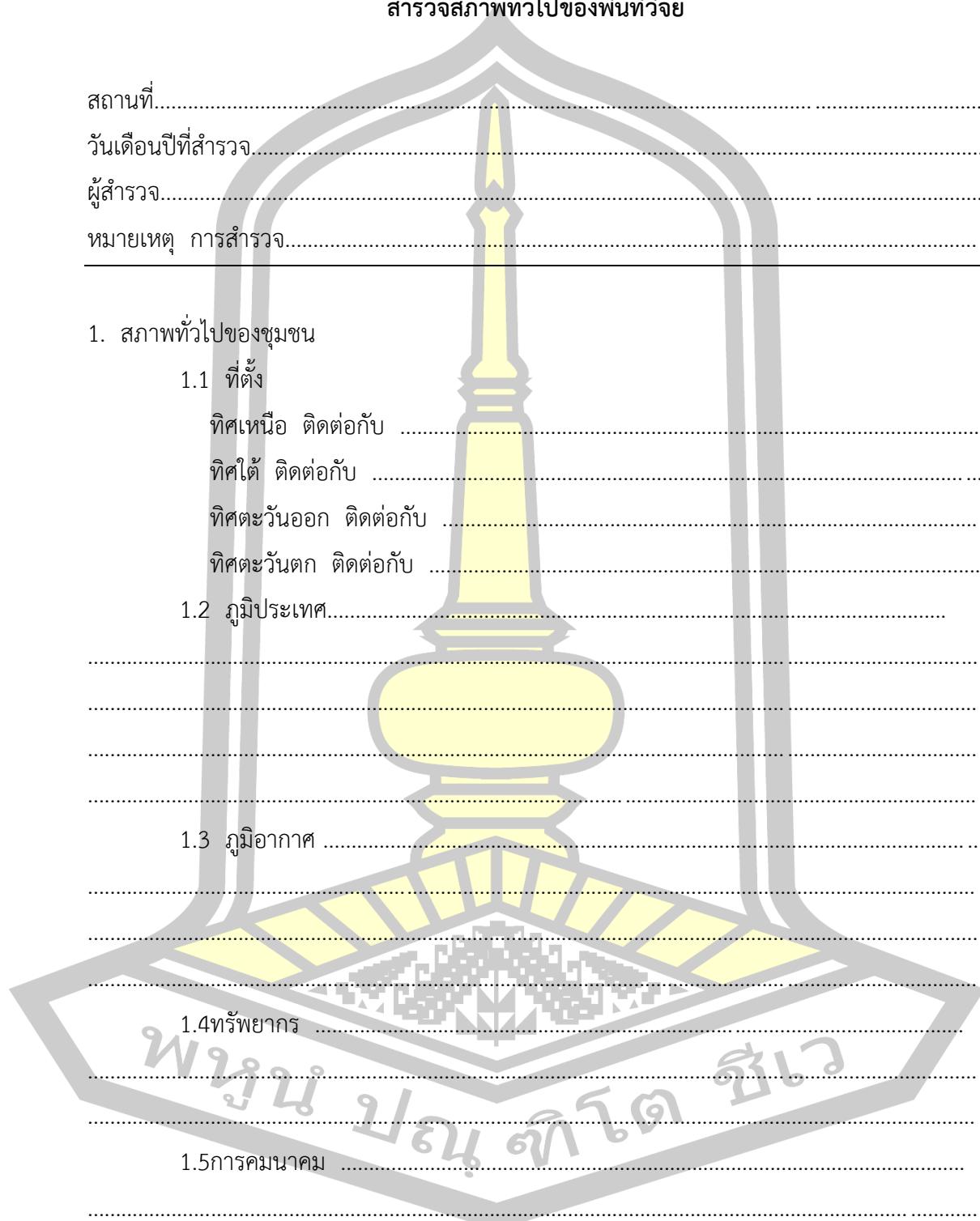
.....

.....

1.6 สาธารณูปโภคและโครงสร้างพื้นฐาน.....

.....

.....



2. การปกครองและประชากร

2.1 ภายในชุมชนแบ่งการปกครองออกเป็น.....หมู่บ้าน ภายใต้การปกครองของ
ตำบล..... องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น.....

รายละเอียดประชากร

2.2 อาชีพประชากร อาชีพหลัก

อาชีพเสริม.....

รายได้.....

ฐานค่าครองชีพ.....

2.3 การศึกษาประชากร

ระดับการรู้หนังสือ

ค่านิยมทางการศึกษา

2.4 ชชาติพันธุ์และภาษา

2.5 ความเชื่อและประเพณี

3. บุคคลสำคัญ / ผู้นำ / ปราชญ์ / ผู้รู้ ในชุมชน

3.1 ผู้ใหญ่บ้าน.....

3.2 กำนัน.....

3.3 อบต.....

3.4 เจ้าอาวาส.....

3.5 ผู้นำจิตวิญญาณ.....

3.6 ปราชญ์ชาวบ้าน.....

3.7 บุคคลสำคัญอื่นๆ.....

พจนานุกรม ชีวประวัติ

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ชุดที่1พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....
 สถานที่สัมภาษณ์.....
 ผู้สัมภาษณ์.....
 หมายเหตุการณ์สัมภาษณ์.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
 ปัจจุบันท่านอายุ..... ปีท่านจำพรรษาอยู่ในวัดนี้ โดยเป็น.....
 เจ้าอาวาสวัดชื่อ..... ชื่อวัด.....
 พื้นที่วัด..... ระยะทางห่างจากชุมชน.....
 ประวัติดาวัด.....
 บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 จำนวนพระสงฆ์ทั้งหมด.....รูป สามเณร.....รูป ชี.....รูป
 สถานภาพการสมรส (หากเคยมีครอบครัวมาก่อน)
 เคยแต่งงาน มีบุตร.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน
 ท่านบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา พรรษา
 การศึกษาทางโลก / ทางธรรม.....
 ภูมิลำเนาเดิม (ถ้าย้ายมาจากที่อื่น)
 สาเหตุที่ย้ายมา..... ย้ายมาแล้วรวม.....ปี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. ดัชนีมวลกาย..... กิโลกรัม/ตารางเมตร
4. ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท
7. ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ อย่างไร.....
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่อย่างไร.....
9. ท่านสุขสบายหรือไม่ อย่างไร.....

ส่วนที่ 2 การเจ็บป่วยในปัจจุบันและพฤติกรรมดูแลเมื่ออาหารเป็นวัณโรค

1. จริยวัตรประจำวันความเป็นอยู่ของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2. การฉันทัดอาหารของท่าน ฉันทรวม ฉันทแยก ภาชนะเป็นอย่างไร ทั้งยามปกติและเมื่ออาหาร

.....

.....

.....

.....

.....

3. เมื่อท่านอาหาร ใครที่ เป็นผู้ดูแลท่าน และดูแลในเรื่องอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านรับกิจนิมนต์ในช่วงที่อาหารหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

5.การจำวัด ท่านพักผ่อนช่วงเวลาใด อย่างไร

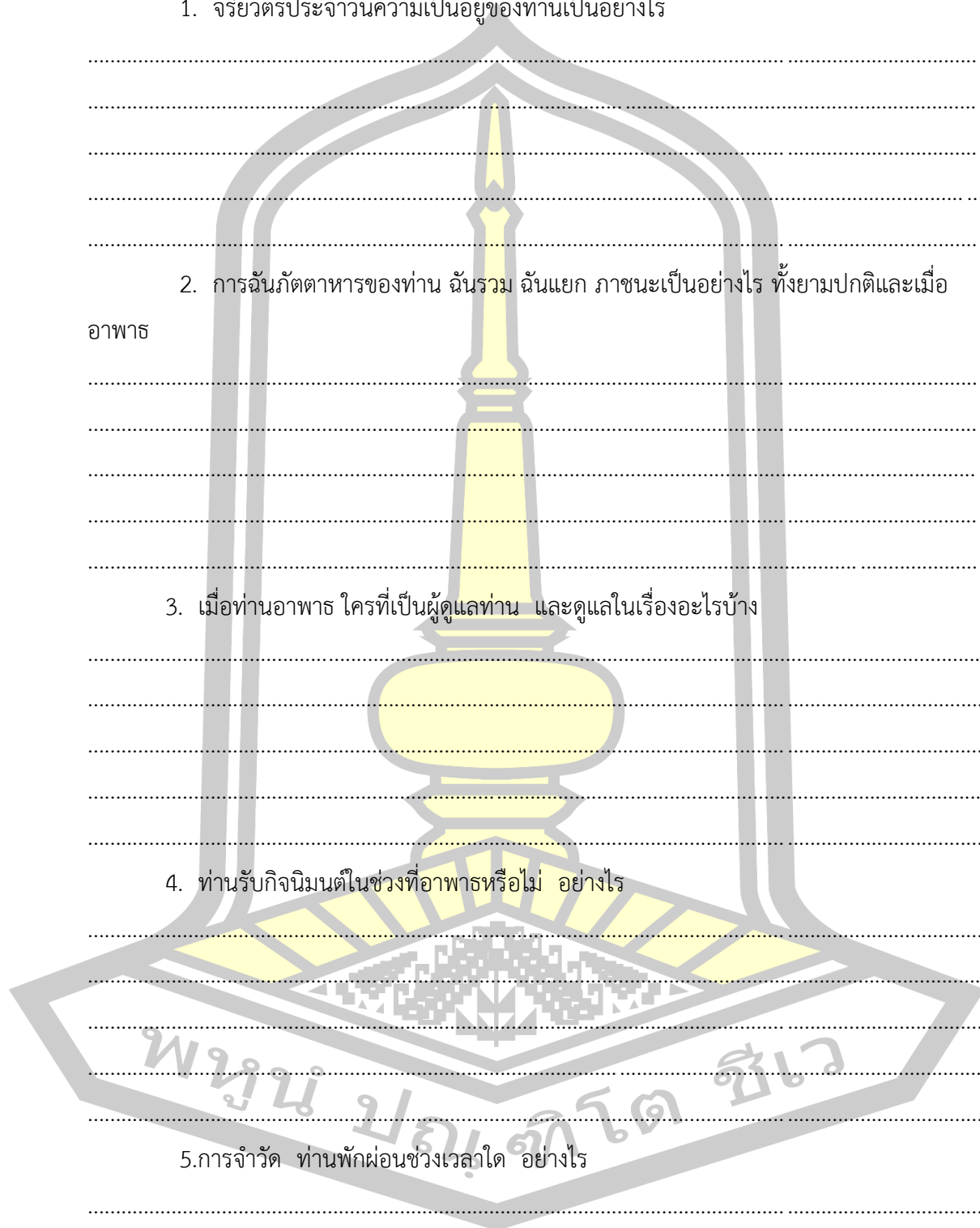
.....

.....

.....

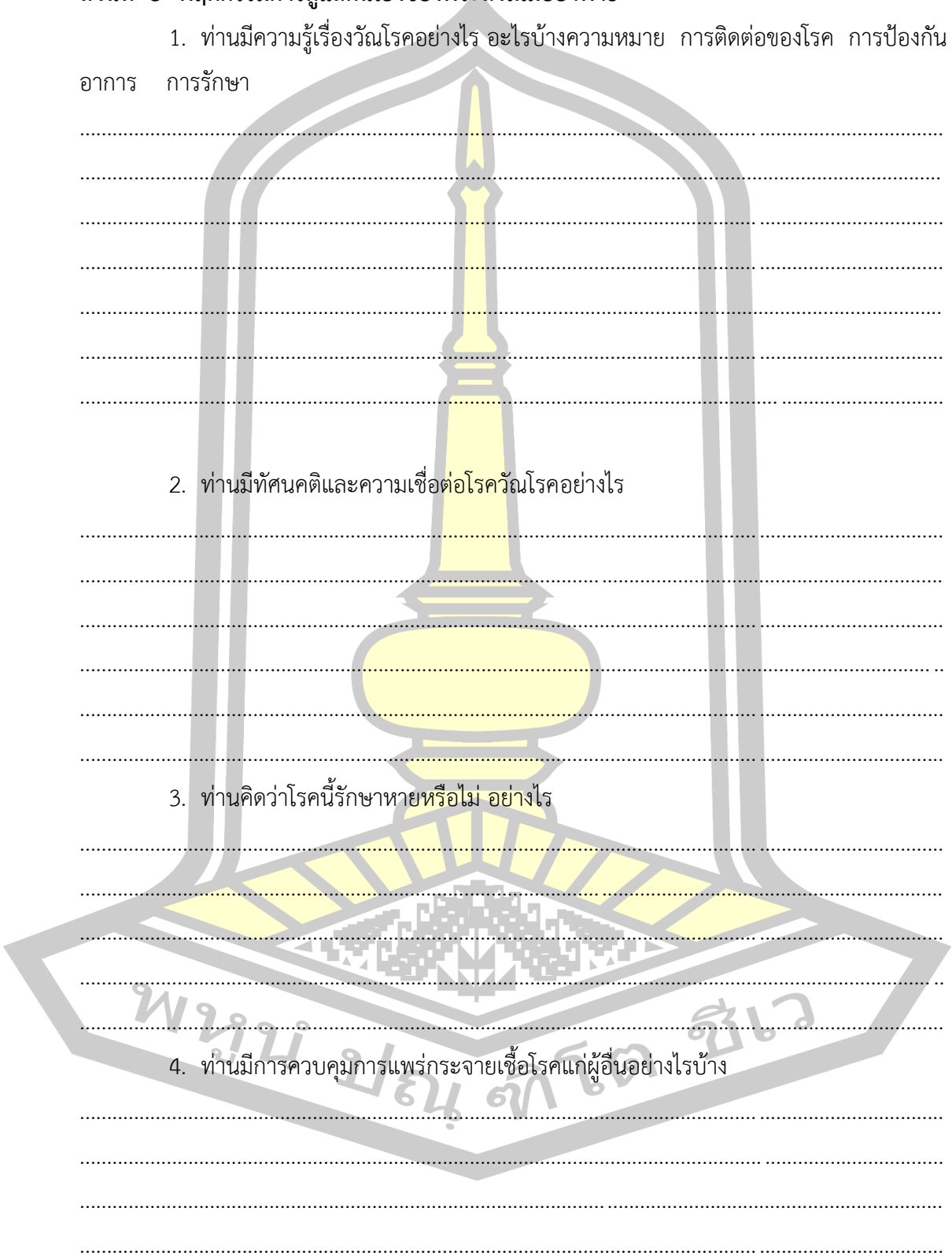
.....

.....



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธ

1. ท่านมีความรู้เรื่องวัณโรคอย่างไร อะไรบ้างความหมาย การติดต่อของโรค การป้องกัน อาการ การรักษา



2. ท่านมีทัศนคติและความเชื่อต่อโรควัณโรคอย่างไร

3. ท่านคิดว่าโรคนี้รักษาหายหรือไม่ อย่างไร

4. ท่านมีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคแก่ผู้อื่นอย่างไรบ้าง

5. อะไรที่เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาวัณโรคของท่าน

6. ท่านฉันทายอย่างไรเกิดอาการแพ้ยา / อาการข้างเคียง หรือไม่ เป็นอย่างไร

7. ท่านมีวิธีการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยอย่างไร



ชนิดมีโครงสร้าง ชุดที่ 2 พระสงฆ์รูปอื่นที่อยู่ในวัดเดียวกัน

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

ผู้สัมภาษณ์.....

หมายเหตุการณ์สัมภาษณ์.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

ปัจจุบันท่านอายุ..... ปีท่านจำพรรษาอยู่ในวัดนี้ โดยเป็น.....

เจ้าอาวาสวัดชื่อ..... ชื่อวัด.....

พื้นที่วัด..... ระยะทางห่างจากชุมชน.....

ประวัติวัด.....

บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

จำนวนพระสงฆ์ทั้งหมด..... รูป สามเณร..... รูป ชี..... รูป

สถานภาพการสมรส (หากเคยมีครอบครัวมาก่อน)

เคยแต่งงาน มีบุตร.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน

ท่านบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มา..... พรรษา

การศึกษาทางโลก / ทางธรรม.....

ภูมิลำเนาเดิม (ถ้าย้ายมาจากที่อื่น)

สาเหตุที่ย้ายมา..... ย้ายมาแล้วรวม..... ปี

ส่วนที่ 1 บริบทของวัด

1. ระบบการบริหารของวัดของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. กิจกรรมประจำวัน ประจำเดือน ประจำปีของวัด

.....

.....

.....

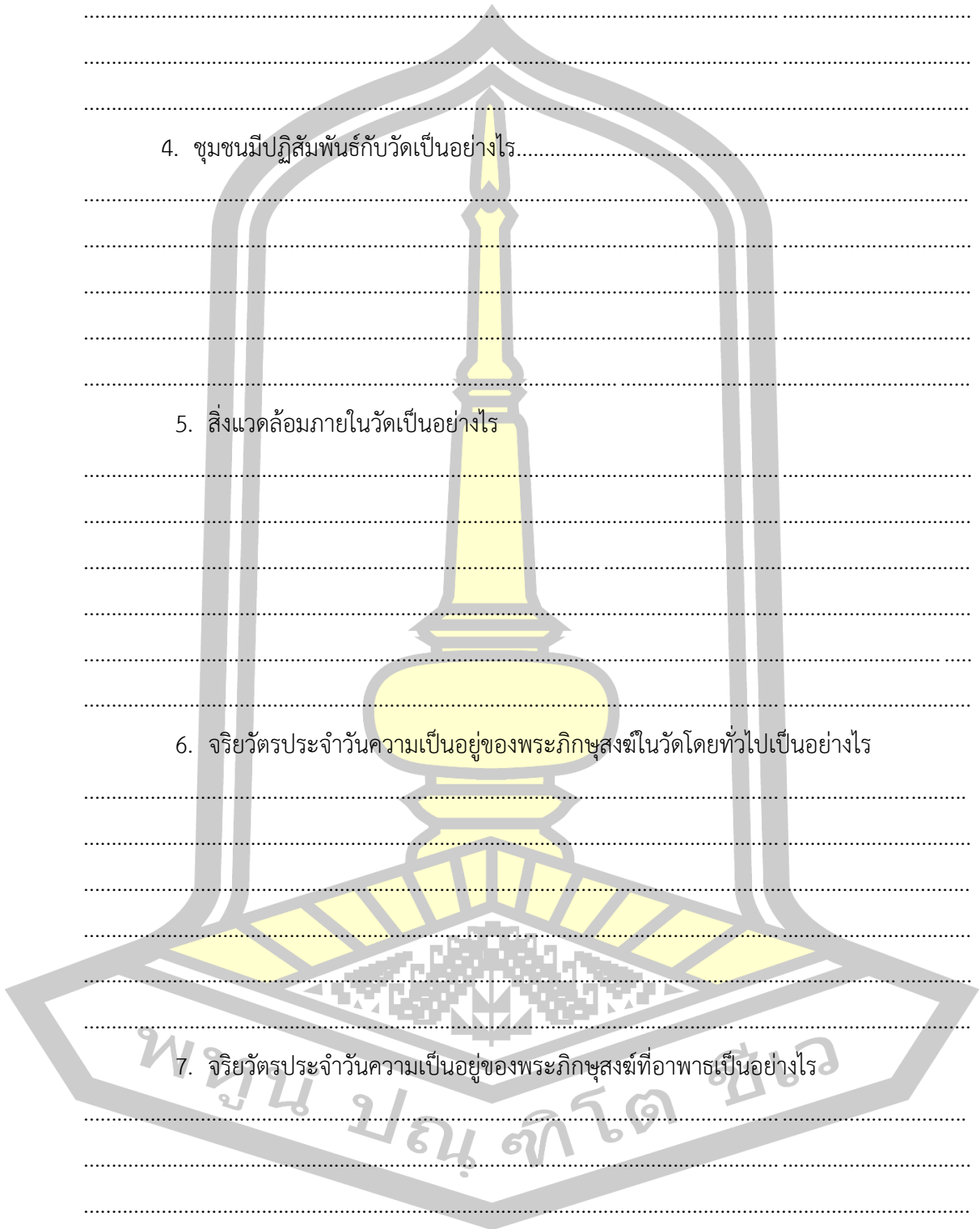
3. สิ่งก่อสร้างในวัด

4. ชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับวัดเป็นอย่างไร

5. สิ่งแวดล้อมภายในวัดเป็นอย่างไร

6. จริยวัตรประจำวันความเป็นอยู่ของพระภิกษุสงฆ์ในวัดโดยทั่วไปเป็นอย่างไร

7. จริยวัตรประจำวันความเป็นอยู่ของพระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธเป็นอย่างไร



พญ. ปณ. ศ. โด. ช. อ.

ตอนที่ 2 วิธีชีวิต ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเมื่อมีพระสงฆ์อาพาธ

1. ปัจจุบัน ท่านคิดว่าจริยวัตรและความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการรักษาเมื่ออาพาธหรือไม่ อย่างไร.....

.....

2. พฤติกรรมหรือรูปแบบการฉันภัตตาหารเป็นอย่างไร

.....

.....

3. ท่านมีความรู้เรื่องวัณโรคอย่างไรบ้างความหมาย การติดต่อของโรคการป้องกันอาการและการรักษา

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

1. เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรค พระสงฆ์รูปอื่นทราบได้อย่างไร

.....

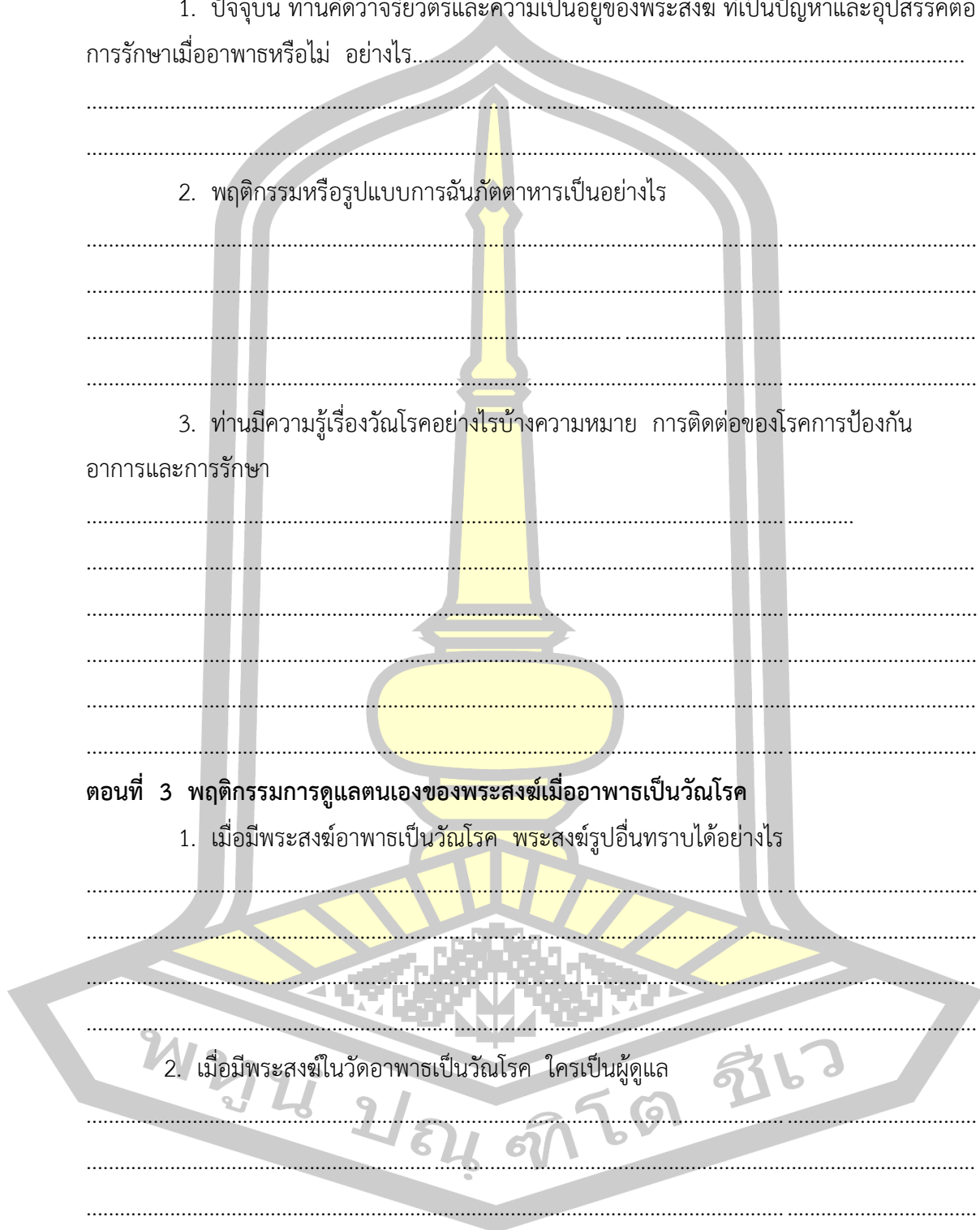
.....

2. เมื่อมีพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค ใครเป็นผู้ดูแล

.....

.....

.....

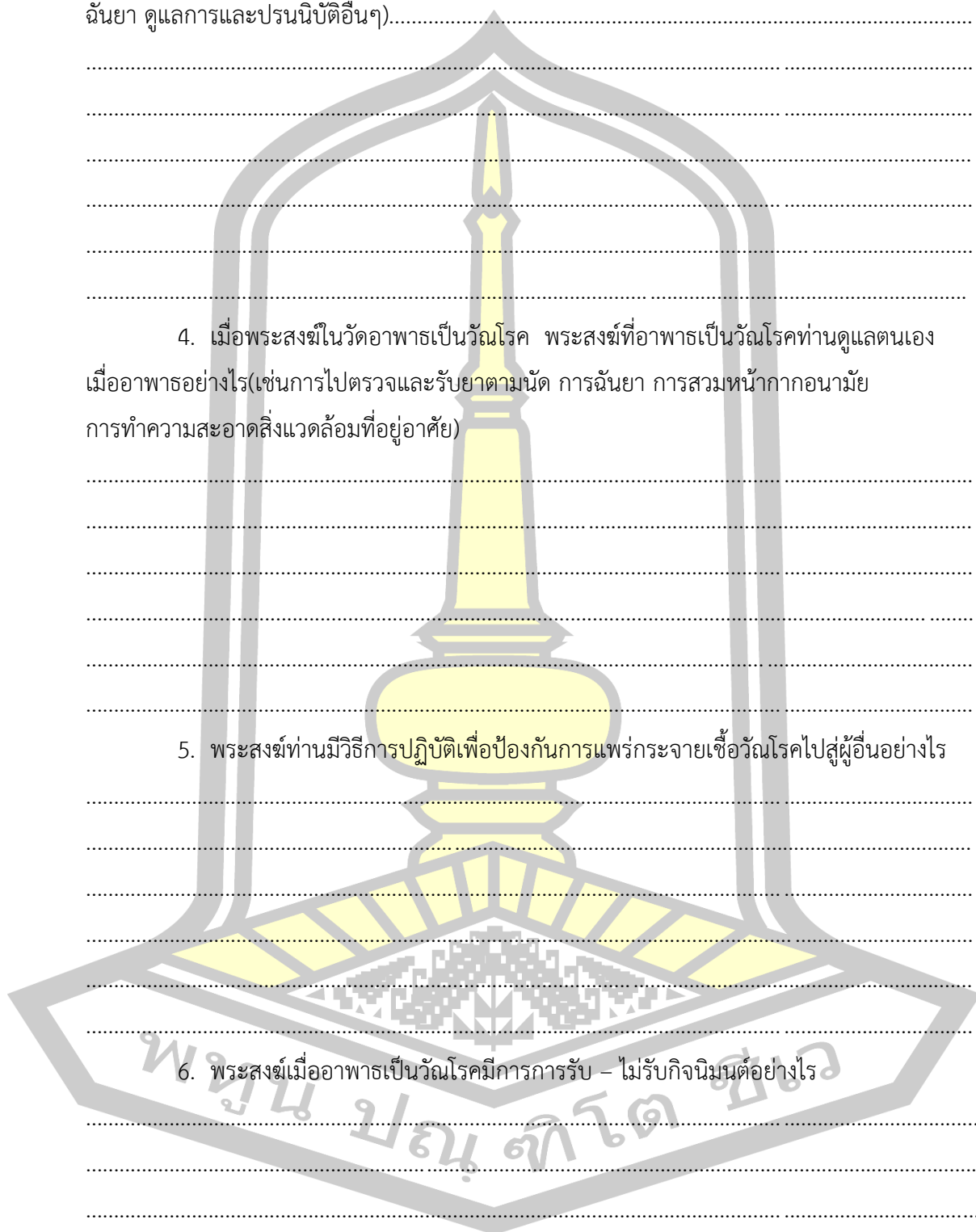


3. การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ ดูแลอย่างไร (เช่น เรื่องการทำความสะอาดกุฏิ การดูแลการฉนยา ดูแลการและปรนนิบัติอื่นๆ).....

4. เมื่อพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคท่านดูแลตนเองเมื่ออาพาธอย่างไร(เช่น การไปตรวจและรับยาตามนัด การฉนยา การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย)

5. พระสงฆ์ท่านมีวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นอย่างไร

6. พระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคมีการการรับ - ไม่รับกิจนิมนต์อย่างไร



แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ชุดที่3 กลุ่มญาติโยมที่ดูแล

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....
 สถานที่สัมภาษณ์.....
 ผู้สัมภาษณ์.....
 หมายเหตุการสัมภาษณ์.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
 อายุ.....ปี ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....
 สถานภาพการสมรส
โสดแต่งงาน มีบุตร.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน
 การศึกษา..... ศาสนา.....
 อาชีพ..... รายได้.....บาท/เดือน
 ตำแหน่งหน้าที่ในหมู่บ้าน (เช่น ผู้ใหญ่บ้านกำนัน ,ผู้ใหญ่บ้าน, อบต.กรรมการหมู่บ้าน, อื่น ๆ)
 ภูมิลำเนาเดิม (ถ้าย้ายมาจากที่อื่น)
 สาเหตุที่ย้ายมา..... ย้ายมาแล้วรวม.....ปี
 ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน.....

ส่วนที่ 1 บริบทของวัด

1. ระบบการบริหารของวัดของท่านเป็นอย่างไร

.....

2. ชุมชนที่ปฏิสัมพันธ์กับวัดเป็นอย่างไร.....

.....

.....

3. สิ่งแวดล้อมภายในวัดเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

4. จริยวัตรประจำวันความเป็นอยู่ของพระภิกษุสงฆ์เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 วิถีชีวิต ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเมื่อมีพระสงฆ์อาหาร

1. ปัจจุบัน ท่านคิดว่าจริยวัตรและความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการรักษาเมื่ออาหารหรือไม่ อย่างไร.....

.....

.....

.....

2. พฤติกรรมหรือรูปแบบการฉันภัตตาหารเป็นอย่างไร

.....

.....

.....



ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

1. เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรค ญาติโยมทราบได้อย่างไร

2. เมื่อมีพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค ใครเป็นผู้ดูแล

3. ดูแลอย่างไร (เช่น เรื่องการทำความสะอาดกุฏิ การดูแลการฉันยา ดูแลการและ
ปรนนิบัติอื่นๆ).....

4. เมื่อมีพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค ญาติโยมมีส่วนช่วยดูแลอย่างไร

5. พระสงฆ์ท่านมีวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นอย่างไร



แบบสัมภาษณ์ชนิดไม่มีโครงสร้าง

ทุกกลุ่ม

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....
 สถานที่สัมภาษณ์.....
 ผู้สัมภาษณ์.....
 หมายเหตุการณ์สัมภาษณ์.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
 อายุ.....ปี ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....
 สถานภาพการสมรส
โสดแต่งงาน มีบุตร.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน
 การศึกษา..... ศาสนา.....
 อาชีพ..... รายได้.....บาท/เดือน

ตอนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกชื่อ ที่อยู่ ภูมิลำเนา
2. บอกรายละเอียดเกี่ยวกับครอบครัว
3. ให้เล่าเรื่องเกี่ยวกับชุมชนตนเอง ประวัติความเป็นมา กฎเกณฑ์ ประเพณีชุมชน

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับบริบทของวัด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับวัด

1. ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่ารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทของวัด การไปประกอบกิจทางศาสนา ที่วัดมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับวัด

ตอนที่ 3 สอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทักษะติดต่อโรค

1. ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้เล่าถึงความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทักษะติดต่อโรค

ตอนที่ 4 สอบถามถึงการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่อท่านอาพาธเป็นวัณโรค การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

แบบสนทนากลุ่ม

แบบสนทนากลุ่ม (Focused Group Discussion) ทุกกลุ่ม

สถานที่สนทนากลุ่ม.....

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุการณ์สนทนากลุ่ม.....

.....

1. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1.1 กล่าวเปิดการสนทนากลุ่ม กล่าวถึงภูมิหลัง วัตถุประสงค์ และความสำคัญ
โดยผู้วิจัย

1.2 แนะนำสมาชิกที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัย

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สนทนากลุ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

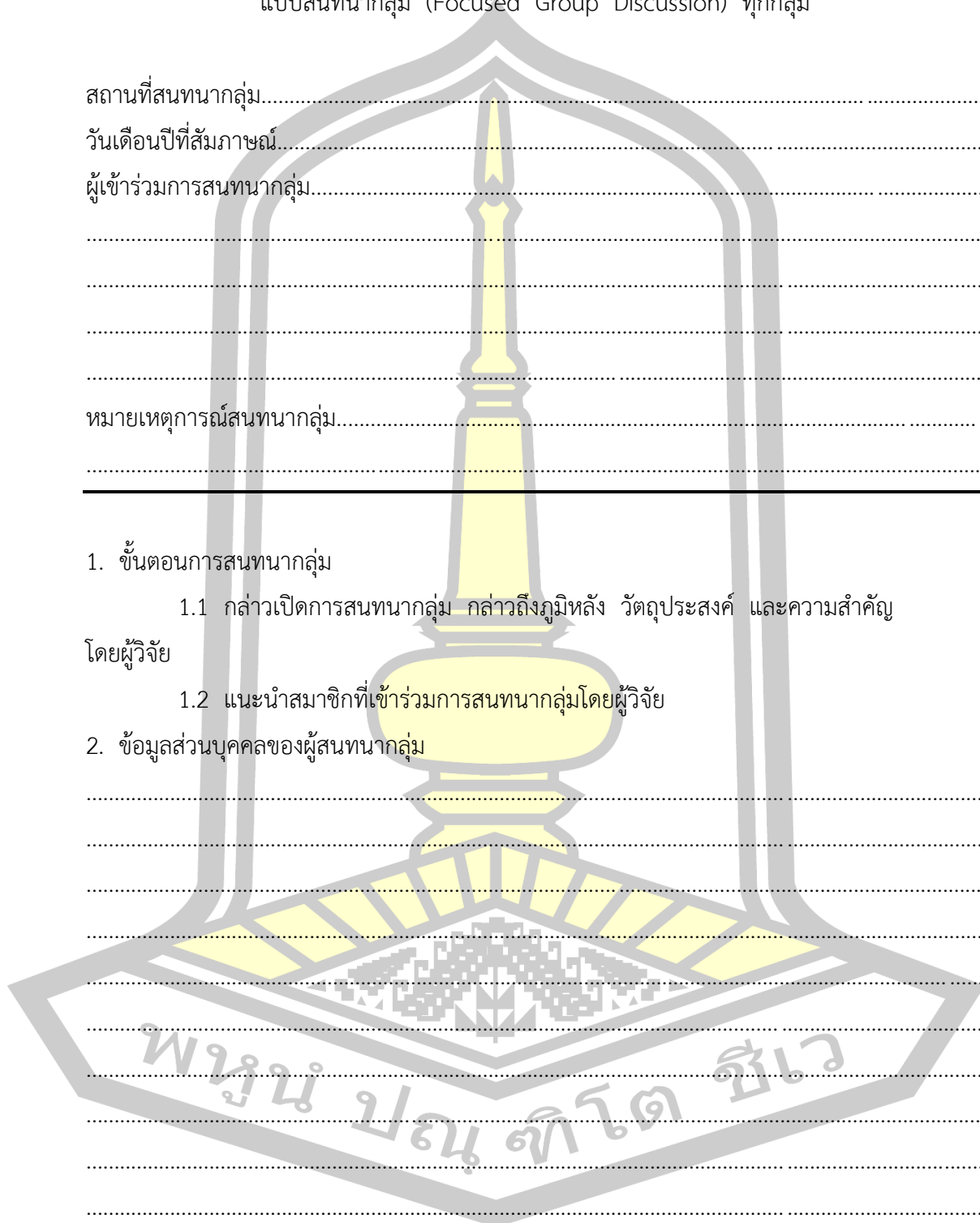
.....

.....

.....

.....

.....



3. หัวข้อการสนทนากลุ่ม

3.1 บริบทวัดและชุมชน

3.1.1 ระบบการบริหารของวัดของท่านเป็นอย่างไร

3.1.2 สิ่งแวดล้อมภายในวัดเป็นอย่างไร

3.1.3 จริยวัตรประจำวันความเป็นอยู่ของพระภิกษุสงฆ์เป็นอย่างไร

3.1.4 ชุมชนที่ปฏิสัมพันธ์กับวัดเป็นอย่างไร

3.2 วิธีชีวิต ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเมื่อมีพระสงฆ์อาพาธ

3.2.1 ปัจจุบัน ท่านคิดว่าจริยวัตรและความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการรักษาเมื่ออาพาธหรือไม่ อย่างไร พฤติกรรมหรือรูปแบบการฉันภัตตาหารเป็นอย่างไร ฆราวาสที่ไปวัดรับประทานอาหารที่วัดหรือไม่ อย่างไร ชุมชนมีวิธีการดูแลและช่วยดูแลเมื่อพระสงฆ์อาพาธอย่างไร

3.3 สอบถามถึงแนวทางการป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของโรคเมื่อ พบว่ามีพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรค

3.3.1 พระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค ท่านมีวิธีการดูแลรักษาตนเองเพื่อให้หายจากโรคอย่างไร

3.3.2 พระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค ท่านมีวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของโรคอย่างไร

3.3.3 แนวทางการดูแลรักษา และการป้องกันการเกิดและการแพร่กระจายของวัณโรค เมื่อพบว่ามีพระสงฆ์ในวัดอาพาธเป็นวัณโรคที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร



การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพระสังฆาธิการ

สถานที่ประชุม.....

วันเดือนปีที่ประชุม.....

ผู้เข้าร่วมการประชุม.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ ข้อสรุปในการประชุม.....

.....

1. ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1 กล่าวเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการ กล่าวถึงความสำคัญและความจำเป็นของการประชุม วัตถุประสงค์ โดยผู้วิจัย

1.2 แจกข้อมูลการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบของ พระสงฆ์ในการรักษาวัณโรค

1.3 ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค การติดต่อของโรค การวินิจฉัยโรค การป้องกัน การรักษา และการดูแลตนเองขณะป่วย โดยผู้วิจัยและทีม

2. ระดมความคิดในเรื่องการพัฒนาการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสร้างคู่มือ/ปฏิทินชีวิตในการรักษา สำหรับพระสงฆ์ที่อาพาธ

พหุบัณฑิต ชีวะ

โปรแกรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดปฏิทินชีวิตพระสงฆ์ขณะรักษาวัณโรค

โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม (Process of Participation) แลกเปลี่ยนความรู้ความคิด และประสบการณ์ร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการระดมความคิด มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค
2. การคืนข้อมูลที่ได้จากการลงภาคสนาม
3. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
 - 3.1 กิจกรรมเสนอความเห็นในการปฏิบัติตัวเมื่ออาหารเป็นวัณโรค
4. กิจกรรมกลุ่มการวางแผนแบบมีส่วนร่วม



คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้ถูกวิจัย

เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

เนื่องด้วยดิฉัน นางธัญญลักษณ์ พรหมประสาธน์ กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และกำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมาของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยองค์การภาครัฐในภาคอีสาน เพื่อบูรณาการการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์การชุมชน ในภาคอีสาน

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด คือ

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ผู้ตอบแบบสอบถามคือ พระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดผู้ตอบแบบสอบถามคือ พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด ผู้ตอบแบบสอบถามคือ ทายก ทายิกา ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลพระสงฆ์
3. แบบสอบถามความคิดเห็นของพระสงฆ์รูปอื่นๆ ที่อยู่วัดเดียวกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด ผู้ตอบแบบสอบถามคือพระสงฆ์รูปอื่นๆหรือเจ้าอาวาสวัด ที่อยู่วัดเดียวกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด

ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปรวมกับข้อมูลของบุคคลอื่นๆ ที่เข้าร่วมในการศึกษาและจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และหากผู้วิจัยตีพิมพ์ผลการศึกษาเพื่อการเผยแพร่ก็จะมีกระบวนการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่านแก่สาธารณะ ไม่ว่าจะกรณีใดๆก็ตาม และข้อมูลที่ได้จะใช้แสดงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาสงสัย หรือต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่ ตึกผู้ป่วยชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยางตลาด หมายเลขโทรศัพท์ 043 - 891249 ต่อ 116

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ โปรดสอบถามได้ที่ ฝ่ายบัณฑิตศึกษาสถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-742827 ต่อ 6133

หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า/อาตมา.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

วัด.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดกาฬสินธุ์ โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อผู้ทำงานวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้า/อาตมา ได้รับทราบงานวิจัยของ นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์

เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อ 2 ข้าพเจ้า/อาตมา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ

หลอกลวงแต่ประการใดและจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3 ข้าพเจ้า/อาตมา ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย

จากผู้ทำการวิจัยเรียบร้อยแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้า/อาตมาสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อน

เร้นจนข้าพเจ้า/อาตมาพอใจ

ข้อ 5 ข้าพเจ้า/อาตมา ได้รับการรับรองจากผู้ทำงานวิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า/

อาตมาเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า/อาตมาต่อ

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า/อาตมา และจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็น

ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 6 ข้าพเจ้า/อาตมามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้า/อาตมาอ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนาม

ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์

1. ชื่อโครงการวิจัย ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

Cultural Health Care of Pulmonary Tuberculosis Buddhist Monk Patients in Kalasin Province.

2. หัวหน้าโครงการวิจัยและหน่วยงานที่สังกัด

นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์

นิสิตปริญญาเอก รหัส 55012160006

สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม

3. ผู้ร่วมโครงการวิจัยและหน่วยงานที่สังกัด

ไม่มีผู้ร่วมโครงการวิจัย

4. ความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่อันตรายและเป็นภัยคุกคามประชากรโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกประมาณการณ่ว่า มีการติดเชื้อวัณโรค 1 ใน 3 ของประชากรโลกและพบอัตราการติดเชื้อใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อวินาที ใน พ.ศ. 2550 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง 13.7 ล้านคน และใน พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยใหม่ 8.8 ล้านและผู้เสียชีวิต 1.4 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของผู้หญิงอายุ 15 – 44 ปีและเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคเอดส์องค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า หากการควบคุมวัณโรคไม่ได้ผล ช่วงเวลาจากปัจจุบัน ถึง พ.ศ. 2563 จะมีประชากรอีกประมาณ 1,000 ล้านคนที่ติดเชื้อวัณโรค จำนวน 200 ล้านคนจะป่วยเป็นวัณโรค และ 70 ล้านคนจะเสียชีวิตด้วยวัณโรค สถานการณ์วัณโรคเป็นที่น่าวิตกยิ่งขึ้นเมื่อรายงานการสำรวจการดื้อยาวัณโรคใน 35 ประเทศพบว่า 1 ใน 3 ของประเทศที่มีการสำรวจมีอัตราพบเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาหลายขนานอย่างน้อยร้อยละ 2 ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว รักษาวัณโรคดื้อยาบางรายได้สำเร็จ แต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 250,000 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยแต่ละราย วัณโรคดื้อยาโดยทั่วไปหมายถึง “ไม่มีทางรักษาให้หายได้” หรือเท่ากับ “ถูกตัดสินประหารชีวิต” อันตรายของวัณโรคดื้อยาไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อได้ และแพร่กระจายอยู่ในอากาศ การหายใจเอาเชื้อเข้าไปเพียงตัวเดียว ก็สามารถทำให้บุคคลนั้นติดเชื้อได้

ประเทศไทยได้รับการจัดลำดับความรุนแรงของโรควัณโรคเป็นอันดับที่ 18 ของโลกจากจำนวน 22 ประเทศทั่วโลก วัณโรคพบได้บ่อยทั้งคนในเมืองและชนบทโดยเฉพาะตามชุมชนที่ผู้คนอยู่กันอย่างแออัด พบในเด็ก คนสูงอายุ และคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ประเทศไทย ภาวะการติดเชื้อไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยอื่นที่ทำให้

เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไอโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัณโรคควบคุมได้ยากและเกิดการแพร่ระบาดใหม่ไปทั่วโลกนั่นคือ การเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistance Tuberculosis; MDR-TB) และการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) ความแออัดของประชากรหรือชุมชน ประชากรไวต่อเชื้อ เช่นมีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นเอดส์มาก หรือเด็ก ซึ่งมีภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่ดีพอ จะไวต่อการติดเชื้อ เชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้วัณโรคระบาดเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วย ทุกประเภท ทั่วประเทศ ปี 2552 มีจำนวน 67,314 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 34,127 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 62.33 ปี 2553 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทจำนวน 65,211 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 32,745 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับร้อยละ 61.94 ปี 2554 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 57,641 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 29,733 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับร้อยละ 61.28 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) และจากสถานการณ์ ในปี พ.ศ.2554 พบผู้ป่วยวัณโรค 62 ต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 0.32 ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเป็นอันดับแรกของโรคติดต่อในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลรายงานดังกล่าวอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากบางโรงพยาบาลอาจไม่ได้รายงานข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลางและผู้ป่วยวัณโรคบางราย อาจไม่ได้เข้ารับการรักษาระบบสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น หรืออาจไม่ได้รับการรักษาเลย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 ปรากฏในงานด้านสาธารณสุขไทยได้มีนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพโดยเฉพาะ คือ 1.เน้นประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีศักยภาพ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ 2) มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอ ทันการณ์ และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ 5) มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

ในพื้นที่ภาคอีสาน สถานการณ์วัณโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 6 ขอนแก่น

(9 จังหวัด ได้แก่ หนองบัวลำภู ขอนแก่น เลย อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม ร้อยเอ็ดกาฬสินธุ์ บึงกาฬ) พบว่าผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบเชื้อและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรค มีจำนวนกว่า 4,400 ราย ทั้งนี้ แต่ละเขตการตรวจราชการพบว่ามี การขึ้นทะเบียนเทียบสัดส่วน ในแต่ละเขตจะมีความแตกต่างกันอาจเนื่องจากการรณรงค์ของแต่ละเขต คิดเป็นอัตราป่วย 63 ต่อแสนประชากร จังหวัดกาฬสินธุ์จัดเป็นจังหวัดอันดับที่ 2 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 7 ขอนแก่น ที่มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ข้อมูลความชุกของการเกิดโรควัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2554 ถึงปีงบประมาณ 2556 (1 ต.ค. 2553 – 30 ก.ย. 2556) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อทั้งที่ตรวจพบใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวน 266 คน, 251 คน และ 269 คนคิดเป็น 27.10, 25.48, และ 26.68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนในการรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีระยะการนอนรักษาของผู้ป่วย ตั้งแต่ 5 – 51 วัน เฉลี่ย 11 วัน พบว่ามีผู้ป่วยกลับบ้านแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตั้งแต่ 5,470 – 72,655 บาท เฉลี่ย 12,061 บาท ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นสูตรพื้นฐานรักษา 6 เดือน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 5,000 – 10,000 บาท (กาญจนา พะวินรัมย์, 2556)

พระสงฆ์ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยของพระพุทธเจ้าแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย การอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป จากอดีตที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มนักบวชหรือพระสงฆ์ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสน้อย ในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ และขาดการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามศาสนกิจประจำวัน เผชิญปัญหาความเครียดต่างๆ ที่มาจากประชาชน นอกจากนั้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ได้จากการบิณฑบาตร ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา กลางแจ้งของพระสงฆ์ เป็นต้น (พระธรรมกิตติวงศ์และทองดี สุรเตโช) ป.ธ. 9, 2548) พระสงฆ์ยังต้องกินอยู่เพื่อบำรุงชีวิตและร่างกายให้ดำรงอยู่ ยังต้องการเครื่องนุ่งห่มเพื่อกันความร้อนเย็น ยังต้องมีที่อยู่อาศัยกันแดดกันฝน และยังต้องการยาอันต้องใช้เพื่อป้องกันรักษาความเจ็บไข้ในร่างกาย สิ่งซึ่งจำเป็นทั้ง 4 อย่างนี้ ภิกษุจะเที่ยวหาโดยใช้ทุนทรัพย์ซื้อหา หรือแลกเปลี่ยนเช่นสามัญชนไม่ได้ เพราะได้สละบรรดาทรัพย์สมบัติแล้ว จึงเป็นหน้าที่ของผู้เป็นคฤหัสถ์ จะต้องจัดหาให้แก่พระภิกษุด้วยน้ำใจศรัทธา ด้วยสิ่งของที่คฤหัสถ์มีอยู่แล้ว หรือซึ่งอาจจะจัดหามาได้ด้วยกำลังทุนทรัพย์ (ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์, 2553)

สุขภาพของพระสงฆ์ เป็นปัญหาที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ พระสงฆ์เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ความเฉพาะของความเป็นสงฆ์ที่ต้องอยู่ในพระวินัยและเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสถาบันศาสนา หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขของพระสงฆ์ สถิติพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพเมื่อ ปี 2550 พบว่า พระสงฆ์ผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 220 รูป มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 166 รูป คิดเป็น ร้อยละ 75.46 โรคที่พระสงฆ์ป่วยมากที่สุด พบว่า 5 อันดับแรกคือ มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 21 รูป คิดเป็นร้อยละ 9.55 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 4.55 โรคเบาหวาน จำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 3.63 โรคผิวหนัง จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.27 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 1.82 ซึ่งพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นพระสูงอายุและมีโรคประจำตัวคือเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และแพทย์ลงความเห็นว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อแพทย์ให้กลับไปพักผ่อนและดูแลรักษาสุขภาพต่อที่วัด

ปัญหาในมิติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า 1 ใน 5 อันดับโรคที่พระสงฆ์อาพาธ คือ โรคผิวหนังในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาพระสงฆ์อาพาธด้วยวิธีโรค และจากสถิติการอาพาธด้วยโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ จากปีงบประมาณ 2554 ถึงปีงบประมาณ 2556 พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธ มีจำนวน 12, 14 และ 13 รูป ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 57, 70 และ 62 ตามลำดับ การดำเนินการที่ผ่านมาพระสงฆ์จะดำเนินการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัด รวมถึงการดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งในจริยวัตรของพระสงฆ์จะต้องรับกิจนิมนต์เมื่อชาวบ้านมานิมนต์ที่วัด และค่อนข้างปฏิเสธยาก และการที่พระสงฆ์ต้องรับกิจนิมนต์โดยเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่บ้านของชาวบ้าน หรือแม้แต่วันพระสำคัญๆ ที่มีทั้งพระสงฆ์รวมทั้งฆราวาส มาดำเนินกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกับทางวัด ในเรื่องของการรักษา พระสงฆ์เป็นสมณเพศที่ทุกคนให้ความเคารพ ให้ความศรัทธา บางครั้งการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ยังเป็นไปด้วยความเกรงใจ เช่นในเรื่องของการดูแลความสะอาด สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพราะเจ้าหน้าที่ และแม้แต่พระสงฆ์ด้วยกันเอง คิดว่าการให้คำแนะนำเช่นนั้นอาจไม่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่มีผู้ดูแลชัดเจนเหมือนประชาชนทั่วไป การที่ยังไม่ปรับพฤติกรรมบางอย่างเช่นเรื่องอาหารที่พระสงฆ์ยังคงสูบบุหรี่ การรับกิจนิมนต์และต้องไปปฏิบัติกิจโดยเทศนา ทั้งที่ป่วยด้วยโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ และไม่ได้มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเป็นรูปธรรม จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวอ้างอิงในข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบ การพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตพระสงฆ์และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์และประชาชนในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคผิวหนังให้มีรูปแบบที่เป็นการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึง

การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธดีขึ้น

5. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด ด้านวัฒนธรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านวัฒนธรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้านวัฒนธรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

6. ประโยชน์ของโครงการนี้ เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วจะเป็นประโยชน์อย่างไรบ้าง

1. เป็นการนำเสนอรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เป็นข้อมูลนำเสนอต่อองค์กรภาครัฐและชุมชน ที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

7. วิธีดำเนินการ: วิธีการ (Methodology) เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) ได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. เนื้อหาการวิจัย
 - 1.1 เนื้อหาเกี่ยวกับการศึกษาทำการศึกษาปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเสี่ยงของวัณโรคที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ จริยวัตรหรือวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.2 เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
 - 1.3 เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของพระสงฆ์ในภาคอีสานเมื่ออาพาธ
2. วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Document) และเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field Study) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

3. ระยะเวลาการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 – กันยายน 2558

4. พื้นที่ในการวิจัยความสำคัญของพื้นที่การวิจัยคือการเลือกพื้นที่ที่สามารถสะท้อนปัญหาของการศึกษาได้เหมาะสมและสามารถตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องการได้ การศึกษาครั้งนี้จึงได้เลือกจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีจำนวนพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 รูปซึ่งสาเหตุของการเลือกพื้นที่ศึกษาภายในจังหวัดกาฬสินธุ์ด้วยเหตุผล 2 ประการคือ

ประการที่หนึ่ง จากปัญหาเบื้องต้นในเรื่องอัตราชุกของการเกิดวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัณโรคจากศูนย์วัณโรคเขต 6 ขอนแก่นที่รับผิดชอบดูแล 9 จังหวัดในเขตอีสานตอนบนพบว่าอัตราป่วยเป็นวัณโรคของประชากรและขึ้นทะเบียนรับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษามากเป็นอันดับสองของเขต

ประการที่สอง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและเพื่อสร้างคำตอบให้กับ การแก้ปัญหาในพื้นที่ ที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่นำมาใช้เป็นสิ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพสังคม สิ่งแวดล้อมตลอดจนเศรษฐกิจในพื้นที่ ที่ดีขึ้นของคนในพื้นที่บนฐานของการใช้ข้อมูลและความรู้ควบคู่กับการสร้างกลไกการจัดการของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องพร้อมกันนี้จะเกิดนวัตกรรมใหม่ที่จะช่วยให้เกิดประโยชน์และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับพื้นที่ที่เป็นปัญหาของตนเองก่อน หากพื้นที่อื่นมีปัญหาคล้ายกันสามารถนำข้อมูลและผลลัพธ์จากการศึกษานี้ไปประยุกต์และต่อยอดการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มดังนี้

1. พระสงฆ์ ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับเจ้าคณะอำเภอ ทุกอำเภอ จำนวน 36 รูป
2. ผู้ป่วยที่เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่อาพาธด้วยโรควัณโรค ในขณะที่ศึกษา จำนวน 9 รูป
3. กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรคและปัจจุบันรักษาหายแล้ว จำนวน 3 รูป
4. กลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรคปัจจุบันกำลังรักษา จำนวน 3 รูป
5. กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรครักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ จำนวน 3 รูป
6. กลุ่มพระสงฆ์ที่เป็นผู้ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ จำนวน 5 รูป
7. กลุ่มบุคคลทั่วไปที่เป็นผู้ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ จำนวน 5 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุดเครื่องมือ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นการเตรียมเค้าโครงถาม - ตอบในประเด็นสำคัญเพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคและรูปแบบที่เหมาะสมของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของพระสงฆ์อื่นที่ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องปัญหาสุขภาพผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและผลกระทบที่มีต่อตนเองครอบครัวสังคม-วัฒนธรรมชุมชน

1.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) เพื่อใช้สัมภาษณ์พระสงฆ์ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับจริยวัตรในแต่ละวัน

1.3 แบบสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือการสังเกตแบบภาคสนาม (Field Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participant Observation) ใช้กับกลุ่มพระสงฆ์ที่เข้าร่วมกิจกรรม สังเกตเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.3.1 กลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของวัด วิถีชีวิตวิถีปฏิบัติความเป็นอยู่วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันกับพระสงฆ์รูปอื่นและญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด สังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.3.2 กลุ่มพระสงฆ์ที่อยู่ในวัดเดียวกันที่คอยให้การดูแลซึ่งเป็นการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของวัด วิถีชีวิตวิถีปฏิบัติความเป็นอยู่วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันกับโดยมีการสังเกตซักถามและจดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ

1.4 การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มหลักดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ 1. กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรค 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3. กลุ่มญาติโยมประชาชนทั่วไปในชุมชนรวมทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยกำหนดกลุ่มสนทนาอยู่ระหว่าง 5 - 7 คน ทั้งนี้เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคคลในแต่ละกลุ่มสนทนาโดยแสดงความคิดเห็นร่วมกันในลักษณะการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group Dynamic) ขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มสนทนาและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาสรุปหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการปรับใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

มีขั้นตอนในการใช้เครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์พัฒนาทางเลือก พัฒนาวิธีการเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน และเพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติ คู่มือพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค อย่างเป็นรูปธรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลยึดหลักข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย สามารถตอบคำถามของการวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีวิธีการเก็บข้อมูลเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเป็นการศึกษาจากเอกสารที่มีการเก็บบันทึกเอาไว้ หรือที่มีการศึกษาไว้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค พระภิกษุอาพาธด้วยวัณโรค การดูแลตนเองโดยทำการค้นคว้าจากเอกสารที่เป็นหนังสือตำราวิทยานิพนธ์ อินเทอร์เน็ต หน่วยงานราชการ หอสมุดแห่งชาติ หอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น หอสมุดสถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน หอสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นต้น

2. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามซึ่งใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) และไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การจัดกระทำข้อมูล

เมื่อได้มีการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยมีขั้นตอนสำคัญคือการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจมีเพียงพอและตอบปัญหาของการวิจัยได้โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2549)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ใช้พิสูจน์ข้อมูลที่ได้ว่าถูกต้องหรือไม่วิธีการตรวจสอบคือการสอบแหล่งข้อมูลแหล่งที่มาที่จะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่แหล่งสถานที่ในแต่ละกลุ่มสนทนาโดยแสดงความคิดเห็นร่วมกันในลักษณะการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group Dynamic) ขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มสนทนาและเก็บรวบรวมข้อมูล (ทรงคุณ จันทจร, 2553) เพื่อนำมาสรุปหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการปรับใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่แหล่งบุคคลหมายถึงถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิจัย (Investigator Triangulation) เป็นการตรวจสอบว่าผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ข้อมูลต่างกันหรือไม่อย่างไร โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยมีการเปลี่ยนกันสังเกตตลอดเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าถ้าใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความต่างไปจากเดิมหรือไม่ การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.1. ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทำการวิเคราะห์โดยวิธีการ Method of Agreement ซึ่งประกอบ ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ในเชิงแนวคิดทฤษฎีซึ่งพิจารณาจากเอกสารที่เป็นเรื่องเดียวกันจากหลาย ๆ แหล่งหากข้อมูลตรงกันก็ถือว่ายอมรับความเชื่อถือและนำมาอ้างอิง

3.2. ข้อมูลที่ได้จากภาคสนามที่เก็บรวบรวมได้จากเครื่องมือทุกประเภทนำมาจำแนกข้อมูล (Typology Analysis) ออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา

3.3. วิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้โดยการใช่วิธีพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีสร้างข้อสรุปจากการศึกษาข้อมูลนำมาเปรียบเทียบเพื่อศึกษาความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกัน

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการพรรณนาอย่างละเอียดชัดเจนตามที่ได้ศึกษา

8. ความเป็นมาและการศึกษาในมนุษย์

ประเทศไทยได้รับการจัดลำดับความรุนแรงของโรควัณโรคเป็นอันดับที่ 18 ของโลกจากจำนวน 22 ประเทศทั่วโลก วัณโรคพบได้บ่อยทั้งคนในเมืองและชนบทโดยเฉพาะตามชุมชนที่ผู้คนอยู่กันอย่างแออัด พบในเด็ก คนสูงอายุ และคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ประเทศไทยภาวะการติดเชื้อไวรัส

เอตส์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ ปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไอโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัณโรคควบคุมได้ยากและเกิดการแพร่ระบาดใหม่ไปทั่วโลกนั่นคือ การเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistance Tuberculosis; MDR-TB) และการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ (HIV/AIDS) ความแออัดของประชากรหรือชุมชน ประชากรไวต่อเชื้อ เช่น มีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นเอตส์มาก หรือเด็ก ซึ่งมีภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่ดีพอ จะไวต่อการติดเชื้อ เชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้วัณโรคระบาดเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วย ทุกประเภท ทั่วประเทศ ปี 2552 มี จำนวน 67,314 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 34,127 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 62.33 ปี 2553 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทจำนวน 65,211 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 32,745 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับร้อยละ 61.94 ปี 2554 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 57,641 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ (วัณโรคปอด) จำนวน 29,733 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับร้อยละ 61.28 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) และจากสถานการณ์ ในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยวัณโรค 62 ต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 0.32 ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก ๆ ของโรคติดต่อในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลรายงานดังกล่าวอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากบางโรงพยาบาลอาจไม่ได้รายงานข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลางและผู้ป่วยวัณโรคบางราย อาจไม่ได้เข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น หรืออาจไม่ได้รับการรักษาเลย

ปัญหาในมิติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า 1 ใน 5 อันดับ โรคที่พระสงฆ์อาพาธ คือ โรควัณโรคในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาพระสงฆ์อาพาธด้วยวัณโรค และจากสถิติการอาพาธด้วยวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ จากปีงบประมาณ 2554 ถึง ปีงบประมาณ 2556 พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธ มีจำนวน 12, 14 และ 13 รูป ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 57, 70 และ 62 ตามลำดับ การดำเนินการที่ผ่านมา พระสงฆ์จะดำเนินการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัด รวมถึงการดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งในจริยวัตรของพระสงฆ์จะต้องรับกิจนิมนต์เมื่อชาวบ้านมานิมนต์ที่วัด และค่อนข้างปฏิเสธยาก และการที่พระสงฆ์ต้องรับกิจนิมนต์ โดยเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่บ้านของชาวบ้าน หรือแม้แต่วันพระสำคัญ ๆ ที่มีทั้งพระสงฆ์รวมทั้งฆราวาส มาดำเนินกิจกรรมทางศาสนามาร่วมกับทางวัด ในเรื่อง

ของการรักษา พระสงฆ์เป็นสมณเพศที่ทุกคนให้ความเคารพ ให้ความศรัทธา บางครั้งการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ยังเป็นไปด้วยความเกรงใจ เช่น ในเรื่องของการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพราะเจ้าหน้าที่ และแม้แต่พระสงฆ์ด้วยกันเอง คิดว่าการให้คำแนะนำนั้น อาจไม่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่มีผู้ดูแลชัดเจนเหมือนประชาชนทั่ว ๆ ไป การที่ยังไม่ปรับพฤติกรรมบางอย่างเช่น เรื่องการที่พระสงฆ์ยังคงสูบบุหรี่ การรับกิมมิต์และต้องไปปฏิบัติกิจโดยเทศนา ทั้งที่ป่วยด้วยโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ และไม่ได้มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเป็นรูปธรรม จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวอ้างอิงในข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบ การพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตพระสงฆ์และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์และประชาชนในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคโควิด-19 ให้มีรูปแบบที่เป็นการรักษา การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อในชุมชนชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธดีขึ้น

การดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโควิด-19 เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค มีสุขภาพที่ดีขึ้น แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโควิด-19 มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่อยากทราบถึงการดูแลตนเองของพระสงฆ์ การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคโควิด-19 โดยชุมชน เพื่อจะได้พัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีการดูแลตนเองที่ดีให้หายจากโรคโควิด-19 รู้จักวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นที่ใกล้ชิดและเกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

นอกจากการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยแล้ว การมีเครือข่ายการดูแลในชุมชนที่ดี มีระบบการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการดูแลจะช่วยส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ของรัฐที่มีหน้าที่โดยตรงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคโควิด-19 ได้อย่างครอบคลุม และเนื่องจากข้อจำกัดบางประการของสมณเพศ ทำให้การวางระบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคโควิด-19 ยังไม่เหมาะสม ดังนั้นสังคมจึงควรศึกษาและเตรียมการพัฒนาระบบการดูแล พร้อมทั้งมีการสร้างเครือข่ายสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดตั้งและพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพในชุมชน เน้นการดูแลเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพชุมชนอย่างครอบคลุม รวมทั้งมีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพให้ทันสมัย ครอบคลุมและการเข้าถึงการรักษาที่ง่าย ซึ่งในส่วนนี้ของชุมชนนั้นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ สมาชิกในชุมชน ผู้นำชุมชน รัฐและสถาบัน โดยค่านิยมวัฒนธรรมและประเพณีของสมาชิกในชุมชน ที่มีต่อพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นโรคโควิด-19 จะเป็นปัจจัยสำคัญขณะเดียวกันผู้นำชุมชนจะต้องจัดบริการ

สำหรับพระสงฆ์ ส่วนรัฐและสถาบันจะเป็นองค์กรที่สนับสนุนบริการด้านสังคมและสุขภาพ ซึ่งหากชุมชนมีระบบการดูแลที่เหมาะสม คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธก็จะดีขึ้นไปด้วย

ข. การศึกษานี้เคยมีการศึกษาในมนุษย์มาก่อนหรือไม่เคย

ค. หากเคยทำในมนุษย์ ทำไมต้องทำซ้ำอีกเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในปัจจุบันที่อาพาธเป็นวัณโรค โดยองค์กรภาครัฐในจังหวัดกาฬสินธุ์ และข้อมูลที่ได้รับจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อการจัดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์

9. กลุ่มประชากรผู้เข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มดังนี้

- 9.1 พระสงฆ์ ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับเจ้าคณะอำเภอ ทุกอำเภอ จำนวน 36 รูป
- 9.2 ผู้ป่วยที่เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่อาพาธด้วยโรควัณโรค ในขณะที่ศึกษา จำนวน 9 รูป
- 9.3 กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรคและปัจจุบันรักษาหายแล้ว จำนวน 3 รูป
- 9.4 กลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรคปัจจุบันกำลังรักษา จำนวน 3 รูป
- 9.5 กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรครักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ จำนวน 3 รูป
- 9.6 กลุ่มพระสงฆ์ที่เป็นผู้ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ จำนวน 5 รูป
- 9.7 กลุ่มบุคคลทั่วไปที่เป็นผู้ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ จำนวน 5 คน

10. ผลกระทบที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่น ความเสี่ยงอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีหรือไม่มี

11. การยินยอมเข้าร่วมโครงการของผู้ถูกวิจัย (Written / Verbal Informed Consent) โดยวาจา (ตั้งคำกล่าวชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้ถูกวิจัย ที่แนบมาด้วย)

12. การทำวิจัยโครงการนี้ ได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้เพื่อประกอบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมฯ คือ

- ก. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Proposal) 4 ชุด
- ข. คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้ถูกวิจัย 4 ชุด
- ค. แผ่นบรรจุข้อมูลโครงการวิจัย จำนวน 1 แผ่น

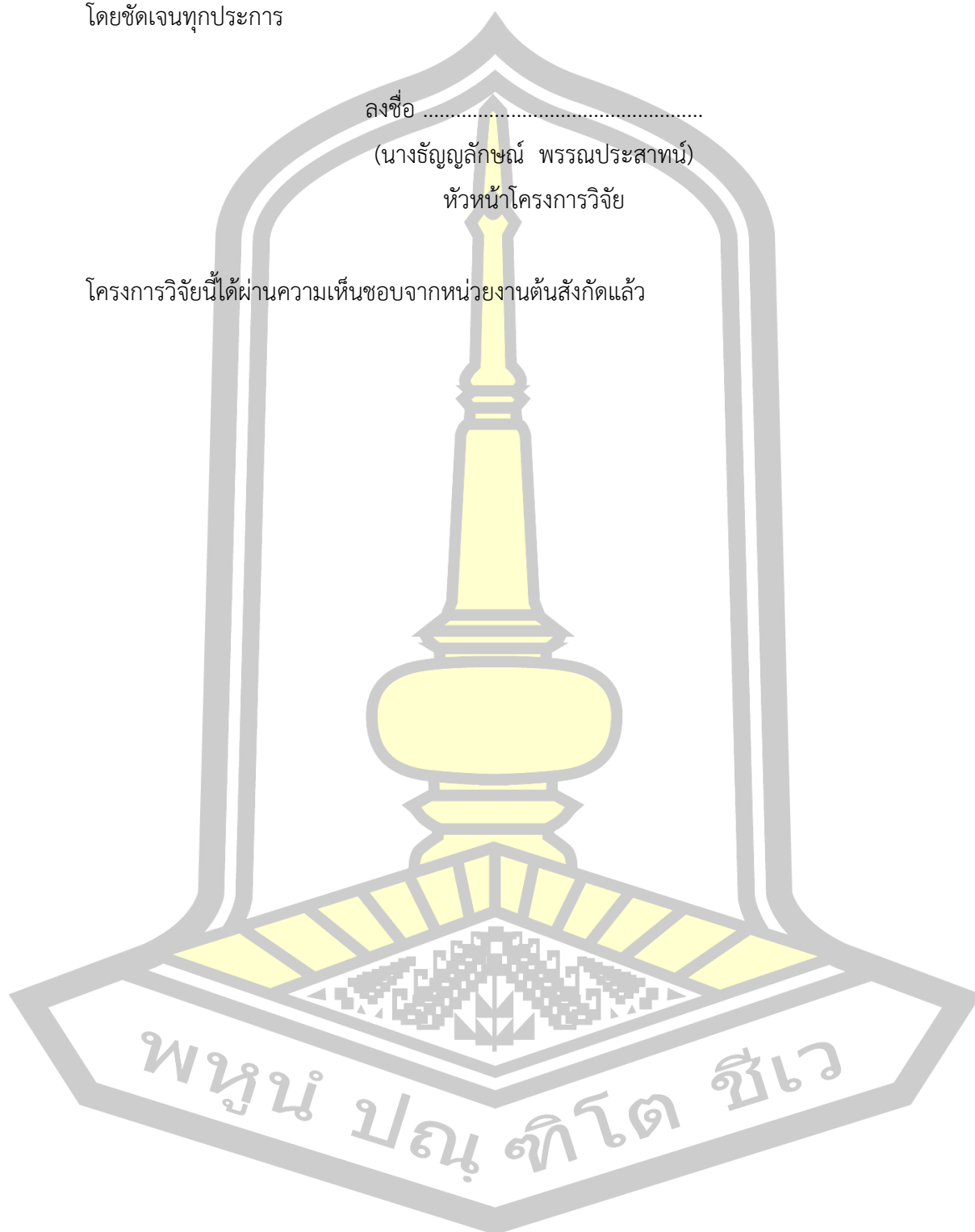
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และผู้กรอกข้อความเข้าใจความหมาย
โดยชัดเจนทุกประการ

ลงชื่อ

(นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์)

หัวหน้าโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว



คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้ถูกวิจัย

เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

เนื่องด้วยดิฉัน นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์ กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และกำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมาของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยองค์การภาครัฐในภาคอีสาน เพื่อบูรณาการการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์การชุมชน ในภาคอีสาน

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ผู้ตอบแบบสอบถามคือพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดผู้ตอบแบบสอบถาม คือ พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ทายก ทายิกา ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลพระสงฆ์
3. แบบสอบถามความคิดเห็นของพระสงฆ์รูปอื่น ๆ ที่อยู่วัดเดียวกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด ผู้ตอบแบบสอบถามคือพระสงฆ์รูปอื่น ๆ หรือเจ้าอาวาสวัด ที่อยู่วัดเดียวกับพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด

ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปรวมกับข้อมูลของบุคคลอื่น ๆ ที่เข้าร่วมในการศึกษาและจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และหากผู้วิจัยตีพิมพ์ผลการศึกษาเพื่อการเผยแพร่ก็จะมีกระบวนการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่านแก่สาธารณะ ไม่ว่าจะกรณีใดๆก็ตาม และข้อมูลที่ได้จะใช้แสดงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาสงสัย หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่ ตึกผู้ป่วยชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยางตลาด หมายเลขโทรศัพท์ 043-891249 ต่อ 116

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ โปรดสอบถามได้ที่ ฝ่ายบัณฑิตศึกษาสถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-742827 ต่อ 6133

สมุดบันทึกสุขภาพพระสงฆ์



พหุ

ชีวะ

บันทึกประจำตัว

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อพระภิกษุ.....สกุล.....

วัด.....

เบอร์โทรศัพท์ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....

ที่อยู่ผู้ที่สามารถติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....

.....

TB.No.....ขึ้นทะเบียนประเภท.....

HN.....

ผลเสมหะก่อนเริ่มรักษา.....

ระบบยา.....

วันที่คาดว่าจะรักษาครบ.....

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โทรศัพท์ 043-891249 ต่อ 105
โทรสาร 043-891414

ผู้ใดเก็บสมุดบันทึกนี้ได้ขอได้โปรดแจ้งสถานที่รักษา
หรือติดต่อท่านผู้เป็นเจ้าของสมุดบันทึก

สมุดบันทึกสุขภาพนี้

มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค

เอให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

อย่างถูกต้องและรักษาจนครบตามกำหนด



ความรู้ที่ถวายนี้น่าสนใจ จำเป็นต้องอ่าน
เพื่อความเข้าใจในการรักษาโรค

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรคคืออะไร

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดมัยโครแบคทีเรียชื่อ “ทูปเนอคูโลสิส” รูปร่างเป็นแท่งเล็กๆ มีขนาดเล็กมากจนมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องย้อมสีพิเศษแล้วส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะมองเห็นตัวเชื้อโรควัณโรคเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกายเช่น สมอง ต่อม้ำเหลือง ผิวหนัง กระดูก ลำไส้ แต่ส่วนมากเกิดเป็นที่ปอด จึงเรียกว่า

วัณโรคปอด

เมื่อท่านอาหารเป็นวัณโรคท่านจะดูแลตนเองอย่างไร

วัณโรค รักษาหายขาดได้

1. วัณโรครักษาให้หายขาดได้โดยท่านต้องฉีดยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. ท่านต้องฉีดยาทุกชนิด ทุกเม็ด ทุกวันตามที่แพทย์สั่งและไม่หยุดฉีดยาเอง
3. หากท่านมีอาการแพ้ยา ท่านต้องมาพบแพทย์ที่รักษาทันที
4. ฉีดอาหารที่มีประโยชน์ และควรมีอาหารเสริมในตอนเย็นเนื่องจากยาที่รักษา

วัณโรคอาจระคายกระเพาะฯ ซึ่งอาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียนได้

5. พักผ่อนและจำวัดให้เพียงพอ
6. ท่านต้องดื่บหรือระหว่างที่ฉีดยาวัณโรค
7. ทำสมาธิหรือออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น
8. ดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ
9. รับการตรวจกับแพทย์ตามนัดทุกครั้งหากท่านไม่มีพาหนะเดินทางไปรับการตรวจ

ตามนัด ให้ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลเพื่อขอความช่วยเหลือ

ขอให้ท่านมีกำลังใจที่ดี อดทนในการรักษา

เพื่อให้หายจากการเป็นโรค

การดูแลตนเองระหว่างการรักษา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

1. ท่านต้องงดการบิณฑบาตอย่างน้อย 2 เดือน
2. สวมหน้ากากอนามัย ปิดปาก ปิดจมูก อย่างน้อย 2 เดือน
3. แยกฉันภัตตาหาร ไม่ฉันร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่นอย่างน้อย 2 เดือน
4. งดลงอุโบสถและงดร่วมสังฆกรรม อย่างน้อย 2 เดือน
5. เสนาสนะที่อาศัยควรได้เก็บของให้เป็นระเบียบและทำความสะอาด
เปิดประตู-หน้าต่างให้โล่ง ช่วยให้อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงแดดส่องถึงเพื่อลดเชื้อโรค
6. ควรได้ซักและตากแดดเครื่องนุ่งห่มและเปลี่ยนผ้าถือครองทุกวันเพื่อลดเชื้อโรคทำให้อาการอาหารหายเร็วยิ่งขึ้น
7. เครื่องนอนหรือของใช้ที่สามารถซักได้ทุกชิ้น เช่นผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัวปลอกหมอน
ผ้าห่ม มุ้งกระโจม มุ้งประทุน ควรได้ซักและตากแดดบ่อยๆเพื่อลดเชื้อโรค

อาการแพ้ยาเป็นอย่างไร

หากท่านมีอาการไม่สบายตัวหรือมีอาการผิดปกติในช่วงที่กำลังรักษาเช่น

1. ตัวเหลือง ตาเหลือง
2. ปวดข้อ ปวดเข่า
3. เหนื่อย หอบมากและอ่อนเพลีย
4. สายตาฝ้า ฟาง มองเห็นไม่ชัด
5. มีผื่นคันตามตัว ผิวหนังเป็นรอยข้ำ
6. เดินเซ เสียการทรงตัว

อาการต่างๆ เหล่านี้เป็นอาการแพ้ยา ควรพบแพทย์ทันที

ข้อควรจำ สำคัญมาก

1. การฉินยาไม่ต่อเนื่องทุกวัน หรือขาดยาหยุดฉินยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งเป็นสิ่งที่อันตรายมาก เนื่องจากจะทำให้ท่านรักษาโรคไม่หายขาด และอาจเกิดวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยา
2. การรักษาวัณโรคชนิดเชื้อดื้อยามีโอกาสหายน้อยมาก ต้องใช้เวลาในการรักษามากขึ้น มีการใช้ยาฉีดเพิ่ม

3. การฉันทยารักษาวัณโรคต้องฉินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาของแพทย์จนครบระยะเวลารักษา (อย่างน้อย 6 เดือน)

4. ถ้าท่านฉินฉันทยา ให้ท่านฉินยามือต่อไปไม่ต้องหยุดยา อย่าฉินยามือที่ฉินร่วมกับมือที่จะฉินต่อไปควบกัน แล้วแจ้งแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลถึงจำนวนวันที่ฉินฉิน เพื่อขยายหรือหดเซยวันที่ท่านฉินฉันทยา

5. เมื่อท่านฉินฉันทยารักษาวัณโรคได้ประมาณ 1 เดือน อาการอาหารจะดีขึ้น แต่ท่านยังไม่หายขาด เชื้อโรคบางส่วนยังไม่ตาย ท่านต้องฉินฉันทยาต่อไปอีกจนครบการรักษาหรือจนกว่าแพทย์จะแจ้งว่าหายแล้วและเลิกฉินฉันทยาได้

ป้องกันไม่ให้เป็นวัณโรคซ้ำอีกจะต้องทำอย่างไร

1. ดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ
2. ตรวจสอบสุขภาพร่างกายปีละ 1 – 2 ครั้ง
3. หลีกเลี้ยงสถานที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท
4. ลด ละ เลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลัง
5. มีอาการที่สงสัยวัณโรค ไอติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ รีบพบแพทย์เพื่อหา

สาเหตุการอาหาร

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ผลการรักษา

- หาย ฉับยาครบ ล้มเหลวต่อการรักษา
 ขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน เสียชีวิตระหว่างรักษา
 โอนออกไปรักษาที่อื่น ไม่ทราบผลการรักษา

การส่งต่อ / การขอโอนย้าย

วันที่ส่ง.....

ทะเบียนวัณโรคเลขที่(TB No.).....

ชื่อเจ้าหน้าที่ ที่ส่งต่อ/โอนย้าย.....

โทรศัพท์.....

โรงพยาบาลที่ส่งต่อ.....

ประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค.....

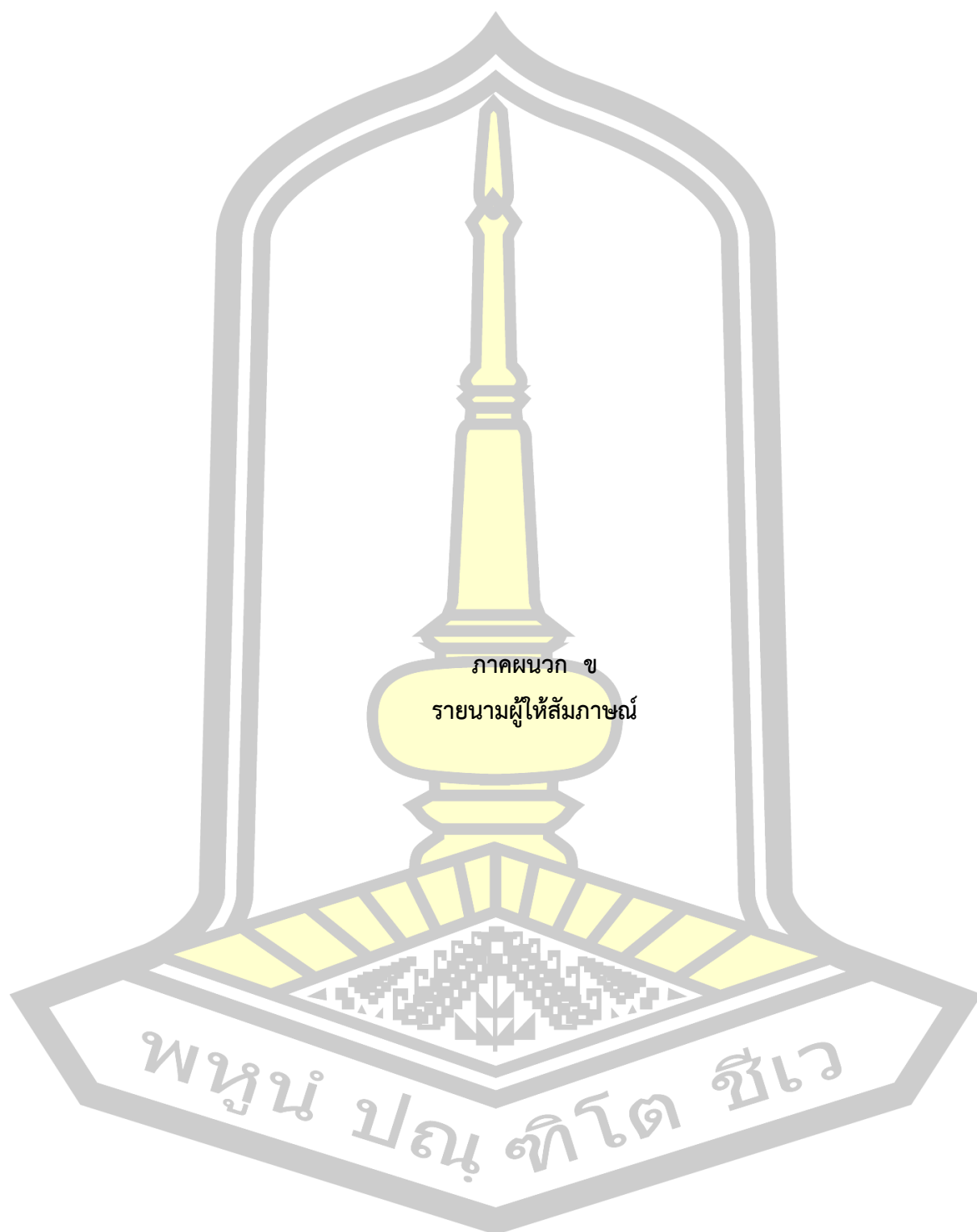
ระบบยา.....

โรงพยาบาลที่รับ.....

หมายเหตุ.....

.....

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



รายนามผู้ให้สัมภาษณ์

1. พระภิกษุแสวง ภูตาขำ อายุ 69 ปี วัดศรีจันทร์พัฒนาราม บ้านหนองหล่ม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. พระภิกษุคำไสย์ ภูกองแขอายุ 43 ปี วัดศรีจันทร์พัฒนาราม บ้านหนองหล่ม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. พระภิกษุสมศรีการะวรรณ อายุ 69 ปี วัดสว่างอรุณ บ้านเหล็ก ตำบลเหนือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. พระภิกษุทองศูนย์วรรณาม อายุ 44 ปี วัดดงสว่างใน บ้านดงสว่าง ตำบลห้วยโพธิ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
5. พระภิกษุชัยวัฒน์อายุ 63 ปี วัดกลางโคกค้อ บ้านโคกค้อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
6. พระครูโสภิตอภากร อายุ 68 ปี วัดกลางโคกค้อ บ้านโคกค้อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
7. พระภิกษุไพฑูรย์ กอวิเศษชัย อายุ 48 ปี วัดกลางโคกค้อ บ้านโคกค้อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
8. พระภิกษุพิชัย บรรพารบ อายุ 42 ปี วัดศรีวิริย์สัมมาราม บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
9. พระภิกษุหน่วย จันท์อ่วม อายุ 77 ปี วัดเกาะแก้วชัยมงคล ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
10. พระภิกษุหน่วย จันท์อ่วม อายุ 77 ปี วัดเกาะแก้วชัยมงคล ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
11. พระภิกษุสำราญกิตตินอก อายุ 42 ปี วัดเกาะแก้วชัยมงคล ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
12. พระภิกษุสอนวิชาชัย อายุ 77 ปี วัดพุทธารามบ้านดอนแคน ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอฆ้องชัยจังหวัดกาฬสินธุ์
13. พระภิกษุสว่างพันเดช อายุ 76 ปี วัด ตำบลหนองสรวง อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
14. พระภิกษุอรุณ อิมอูรัง อายุ 45 ปี วัดบ้านหนองहुลิง ตำบลบัวขาว อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

15. นางจันทร์ ภูทองทิพย์ อายุ 72 ปีบ้านเลขที่ 142 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
16. นางชา ภูถมเงิน อายุ 76 ปี บ้านเลขที่ 40 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
17. นายสวน จำปารัตน์ อายุ 78 ปีบ้านเลขที่ 43 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
18. นายอาทิตย์ เศรษฐรักษา อายุ 51 ปี บ้านเลขที่ 100 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
19. นางชมพู่ ภูนาเชียง อายุ 39 ปี บ้านเลขที่ 122 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
20. นายรำพัน ภูนาเชียง อายุ 45 ปี บ้านเลขที่ 2 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
21. นายสุขสันต์ ภูทองทิพย์ อายุ 39 ปี บ้านเลขที่ 171 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
22. นายทองไสย์ โพธิราช อายุ 75 ปีบ้านเลขที่ 84 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
23. นายเจียม ภูถมทอง อายุ 69 ปี บ้านเลขที่ 119 หมู่ 10 ตำบลคลองขาม
อำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
24. นายอัษฎาฐ พิมพ์ทอง อายุ 35 ปี ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
25. นายสุข พลสาร อายุ 75 ปี บ้านเลขที่ 47 หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
26. นางหนู พลสาร อายุ 73 ปี บ้านเลขที่ 47 หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
27. นางบุญมา ลือทองจักร อายุ 82 ปี บ้านเลขที่ 30 หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
28. นางสาวส้ม วิชาชัย อายุ 74 ปี บ้านเลขที่ 2 หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
29. นางทองการ วิเศษนันท์ อายุ 72 ปี บ้านเลขที่ 5 หมู่ 2 ตำบลห้วยซ้อยพัฒนา
อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดกาฬสินธุ์

30. นางอ้วน สารผล อายุ 68 ปี บ้านเลขที่ 36 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
31. นางบุญเรือง หนองภักดี อายุ 60 ปี บ้านเลขที่ 32 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
32. นางบุญลือ นาชัยเวช อายุ 71 ปี บ้านเลขที่ 37 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
33. นางวันดี ไร่ไสว อายุ 48 ปี บ้านเลขที่ 30 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
34. นายประกาย กุดแกลง อายุ 50 ปี บ้านเลขที่ 33 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
35. นายเลี่ยน ชูศรีโสม อายุ 65 ปี บ้านเลขที่ 42 หมู่ 2 ตำบลฮ่องชัยพัฒนา
อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
36. นายสมจิตรสรเสนา อายุ 48 ปี บ้านเลขที่ 163 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
37. นางประสงค์ การดิน อายุ 62 ปี บ้านเลขที่ 152 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
38. นางเกสร จุลฤทธิ์ อายุ 54 ปี บ้านเลขที่ 100 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
39. นางประนอม เขียวสุข อายุ 68 ปี บ้านเลขที่ 45 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
40. นายมีชัยขาลี อายุ 51 ปี บ้านเลขที่ 120 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
41. นางคำพอง เหมสมัคร อายุ 67 ปี บ้านเลขที่ 15 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
42. นางบัวผัน ปรานจิต อายุ 53 ปี บ้านเลขที่ 18 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
43. นางทองจันทร์ ภารตระศรี อายุ 44 ปี บ้านเลขที่ 44 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
44. นางยุติธรรม บรรจันมาตย์ อายุ 64 ปี บ้านเลขที่ 20 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

45. นางประภาส ะวันพา อายุ 53 ปี บ้านเลขที่ 203 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
46. นางเคน ศรีขันแก้ว อายุ 68 ปี บ้านเลขที่ 39 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
47. นางบัวศรี ภูคะฮาดอายุ 60 ปี บ้านเลขที่ 82 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
48. นางสาวาล เขจรเกิดอายุ 49 ปี บ้านเลขที่ 5 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
49. นางเพ็ญศรี อธิจรอายุ 47 ปี บ้านเลขที่ 155 หมู่ 4 ตำบลหลักเหลี่ยม
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
50. นายสุวิทย์ ยมภา อายุ 45 ปี บ้านเลขที่ 80 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
51. นายชาญชัย จำเริญศรีอายุ 41 ปี บ้านเลขที่ 68 หมู่ 12 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
52. นางแจ่มฟ้า ปรีวาสนาอายุ 42 ปี บ้านเลขที่ 98 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
53. นายเสน่ห์ สุริยสิงห์ อายุ 76ปี บ้านเลขที่ 90 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
54. นางจุไรรัตน์ ภูผาลัย อายุ 48ปี บ้านเลขที่ 54 หมู่ 12 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
55. นายส่วย วงศ์เสนา อายุ 76 ปี บ้านเลขที่ 46 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
56. นายสอน สนอุทา อายุ 67 ปี บ้านเลขที่ 112 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
57. นางบุญมี กาละวรรณ อายุ 48ปี บ้านเลขที่ 10 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
58. นางพิสมัย ภูน้ำใส อายุ 51 ปี บ้านเลขที่ 98 หมู่ 10 ตำบลเหนือ
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
59. นางประไพ กินะรี อายุ 50 ปี บ้านเลขที่ 233 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

60. นางทองคำ ถิตย์เลขา อายุ 48 ปี บ้านเลขที่ 177 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
61. นางทองใบ ปรีพูล อายุ 58 ปี บ้านเลขที่ 31 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
62. นางสมพงษ์ อัครโคตร อายุ 46 ปี บ้านเลขที่ 90 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
63. นางสมจิตร ถิตย์รัศมี อายุ 67 ปี บ้านเลขที่ 169 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
64. นางเหมือน ทศนานนท์ อายุ 68 ปี บ้านเลขที่ 136 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
65. นางบุษบา นพคุณ อายุ 71 ปี บ้านเลขที่ 109 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
66. นางหนูแดง ปรีการ อายุ 58 ปี บ้านเลขที่ 127 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
67. นางเกษิ ไสยพร อายุ 69 ปี บ้านเลขที่ 120 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
68. นางอรชร คงอุดม อายุ 58 ปี บ้านเลขที่ 33 หมู่ 6 ตำบลห้วยโพธิ์
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
69. นางบังอร โพธิ์สังข์ อายุ 52 ปี บ้านเลขที่ 33 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
70. นางพรมมา นันนาเชือก อายุ 62 ปี บ้านเลขที่ 37 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
71. นางปิ่น สาวสิทธิ์ อายุ 60 ปี บ้านเลขที่ 58 หมู่ 11 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
72. นางทองมี แก้วสีขาว อายุ 76 ปี บ้านเลขที่ 157 หมู่ 11 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
73. นางคำไพ ภูแผ่นนา อายุ 78 ปี บ้านเลขที่ 58 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
74. นางคำใจบรรหาร อายุ 64 ปี บ้านเลขที่ 47 หมู่ 6 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

75. นางเตียง แก้วสีขาว อายุ 49 ปี บ้านเลขที่ 178 หมู่ 11 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

76. นางไพรวลัย บุปผาเฮ้า อายุ 58 ปี บ้านเลขที่ 30 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

77. นายสากล อุตการ อายุ 52 ปี บ้านเลขที่ 25 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

78. นางสาวรัชญา ศรีหานาท อายุ 28 ปี บ้านเลขที่ หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

79. นางสาวรัชญา ศรีหานาท อายุ 37 ปี บ้านเลขที่ 12 หมู่ 3 บ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

80. นางสาวมยุรา ฮังการี อายุ 28 ปี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเตย ตำบลเว่อ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

81. นางปริมาพรนันทราช อายุ 27 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

82. นางสาวอุบลวรรณ ชูศรีนาค อายุ 31 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเขาวงอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

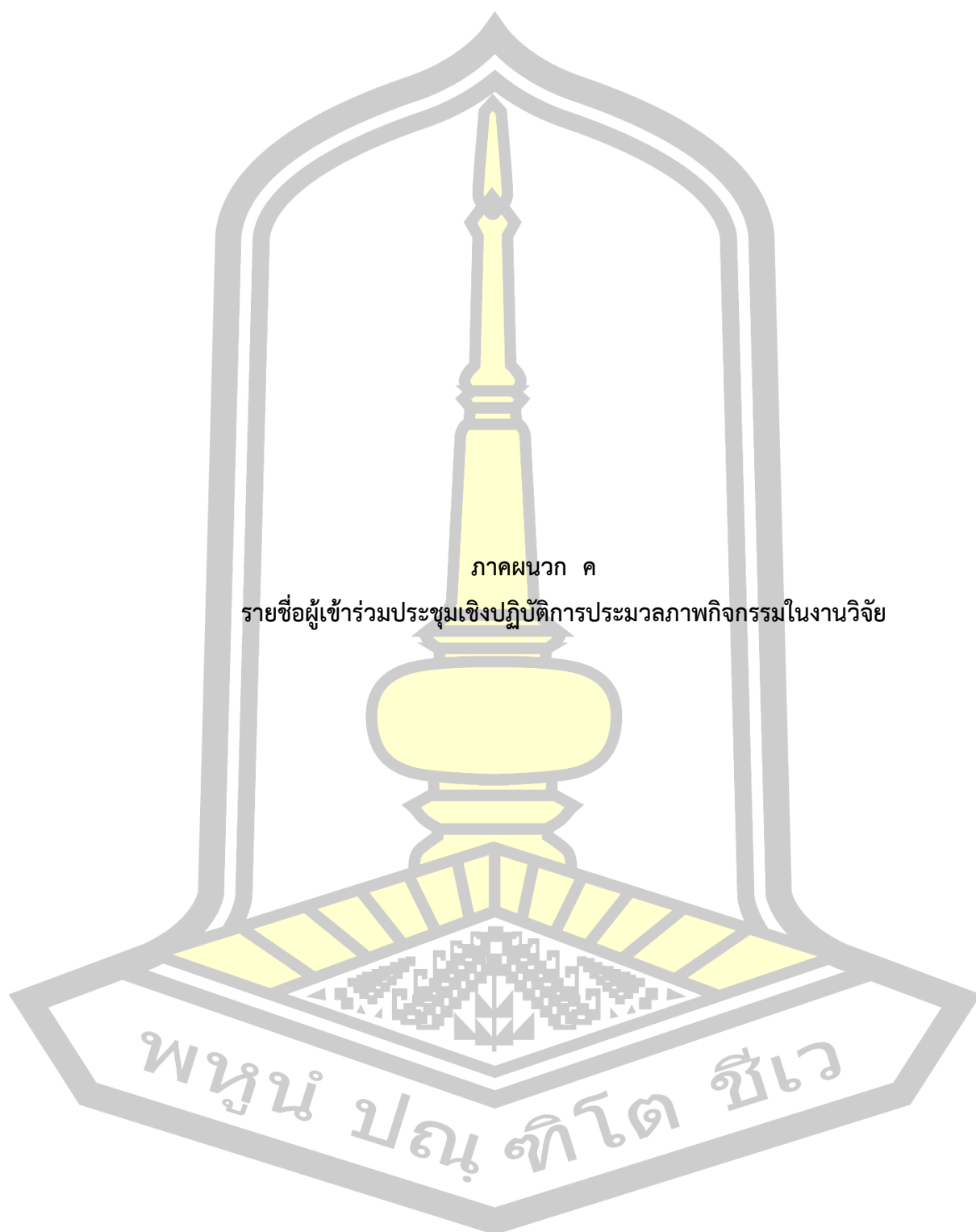
83. นางสาวรุ่งนภา นาเมืองรักษ์ อายุ 42ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

84. นายเฉลิมพล โพธิ์สว่าง อายุ 37 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภوتاคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

85. นายณัฐวุฒิ ดอนสินพูล อายุ 25 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสามชัย อำเภอสายชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

86. นางกาญจนา พะวินรัมย์ อายุ 40 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

87. นางสาวกรวิภา วิเทห์ อายุ 30 ปีตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลนามนอำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์



ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการประมวลภาพกิจกรรมในงานวิจัย

พหุ ประทีป ชีวะ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อพิจารณารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด จังหวัดกาฬสินธุ์
ณ ห้องประชุมม่านเมฆา ชั้น 3 โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่ 29 ธันวาคม 2560

ลำดับชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สังกัด
1. พระญาณรักจิต	รองเจ้าคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ (ธ) วัดโสภณพัฒนาราม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. พระปัญญาภิมานุกุลเลขาฯ	เจ้าคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ วัดกลางกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. พระมหาสมบุรณ์ จิตตสัมปณโณ	เลขาฯ เจ้าคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ (ธ) วัดประชานิยมอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. พระครูโสภณวินัยวัฒน์	เจ้าคณะอำเภอยางตลาด (ธ) วัดบูรพาโคกเครือ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
5. พระครูศรีปริยัติโพธิคุณ	เลขาฯ เจ้าคณะอำเภอยางตลาดวัดหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
6. พระครูวิบูลย์ปัญญาวัฒน์	เจ้าคณะตำบลนาเชือก (ธ) อำเภอยางตลาด
7. พระครูอภิชัย ไชยวังโส	เจ้าอาวาสวัดป่าหนองจิก ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด
8. นายพิเชษฐ์ พวงเพชร	สำนักพุทธฯ จังหวัดกาฬสินธุ์
9. นายวิวรรธ มุงเขตกลาง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ ศูนย์ควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
10. นายอิทธิเดช ชัยชนะ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการศูนย์ควบคุม โรคที่ 7 ขอนแก่น
11. แพทย์หญิงชลทิพย์ ธีระชาติสกุล	นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
12. นายแพทย์ธนธร กานตอภา	นายแพทย์ ชำนาญการโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
13. นางอุษา ศรีสว่างวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยางตลาด

- | | |
|--------------------------------|--|
| 14. นางสาวสิริรัตน์ นฤมิตร | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 15. นางมัทนา มงคลศิลป์ | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 16. นางดวงแก้ว สุระเสียง | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 17. นางพัชรินทร์ เลิศวิระพล | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 18. นางเพ็ญทิพย์ ญาณกาย | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 19. นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาธน์ | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โรงพยาบาลยางตลาด |
| 20. นายทรงศักดิ์ ภูขามคม | นายกเทศบาลตำบลนาเชือก อำเภอยางตลาด |
| 21. นายอำนาจ รินทราช | นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง
อำเภอยางตลาด |
| 22. นางปิยมาศ ฉัตรจรัสกุล | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ชำนาญงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเชือก
อำเภอยางตลาด |
| 23. นางสมพร นิ่มเฉลิม | อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่าเรือ
ตำบลนาเชือก อำเภอยางตลาด |



ภาพอธิบายโครงการและขออนุญาตออกเก็บข้อมูล



ภาพประกอบ 11 ภาพกิจกรรมการทำ Focus group



ภาพประกอบ 12 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้าน



ภาพประกอบ 13 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้านและพระสงฆ์



ภาพประกอบ 14 กิจกรรมสัมภาษณ์ชาวบ้าน



ภาพประกอบ 15 กิจวัตรของพระสงฆ์



ภาพประกอบ 16 กิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์



ภาพประกอบ 17 กิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์



ภาพประกอบ 18 ภาพกิจกรรมสัมภาษณ์พระสงฆ์



ภาพประกอบ 19 การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพประกอบ 20 การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพประกอบ 21 การประชุมเชิงปฏิบัติการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางธัญญลักษณ์ พรรณประสาณฑ์
วันเกิด	วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ.2506
สถานที่เกิด	อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 459 หมู่ที่ 4 ถนนถีนานนท์ ตำบลขามเฒ่า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46120
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลขามเฒ่า ตำบลขามเฒ่า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46120
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต (ค.บ.) สาขาวิชาสุศึกษา วิทยาลัยครูมหาสารคาม พ.ศ. 2539 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ป.พย.) วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พ.ศ. 2537 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว