

การศึกษาความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ที่รับบริการในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว


A STUDY OF INTERNAL AND EXTERNAL HEALTH LOCUS OF CONTROL  
ON ILLNESS OF CHRONIC PATIENTS IN ARANYAPRATHET  
HOSPITAL, SAKAE0 PROVINCE

บุษยานันดร วงษ์พล


งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2560  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

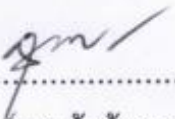
อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์  
ของ นุชยานทร วงษ์พล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นุชยานทร กิจปริคาบวิสุทธิ)

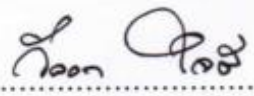
คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นุชยานทร กิจปริคาบวิสุทธิ)


  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ดันวัฒนกุล)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ส้อมพงศ์)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

## ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยผู้ศึกษาได้รับความกรุณาอย่างสูงและดียิ่งจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธ์ ประธานหลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต และอาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำงานนิพนธ์อย่างใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาขารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และชี้แจงแนวทางเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษางานนิพนธ์ในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อุดม จันทามงคล นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว, แพทย์หญิงชญาณัฐ สันติวิริยะพานิช นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และนายเชิดชัย ศิริมหา นักวิชาการสาขารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้คำแนะนำ แก้ไขแบบสัมภาษณ์

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอรัญประเทศ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา หัวหน้าฝ่ายเกษตรกรรมและเพื่อนร่วมงานที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ศึกษา จนทำให้การศึกษาประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

คุณค่า คุณความดี และประโยชน์ที่ได้รับจากงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็น กตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

บุษยานตร วงษ์พล

สิงหาคม 2560

58920217 : ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ : โรคเรื้อรัง/ โรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง/ ความเชื่ออำนาจ

นุษยานตร วงษ์พล: การศึกษาความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนเองที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว (A STUDY OF INTERNAL AND EXTERNAL HEALTH LOCUS OF CONTROL ON ILLNESS OF CHRONIC PATIENTS IN ARANYAPRATHET HOSPITAL, SAKAEO PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์: บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธ์, พธ.ด., 108 หน้า, ปี พ.ศ.2560

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ยังมีคนส่วนหนึ่งเชื่อว่ามีอำนาจเหนือตน หรือมีคนอื่นทำให้เจ็บป่วย รวมถึงเชื่อว่า เกิดจากเวรกรรม จึงเป็นปัญหากระทบต่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความเชื่ออำนาจในตนเองและภายนอกตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง 345 คน ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยนัด ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ข้อมูลเก็บด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนเอง ระหว่างกลุ่มตัวแปรที่ศึกษาด้วย Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนเองด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนมาก (56.8%) เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย  $61.05 \pm 11.77$  ปี ไม่ทำงาน (42.9%) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย  $7 \pm 4.85$  ปี มีโรคแทรกซ้อน (27.8%) เคยพักรักษาในโรงพยาบาล (24.6%) และเชื่อแพทย์แผนโบราณ (54.8%) ผู้ป่วยเชื่ออำนาจตนเองมากที่สุดเฉลี่ยร้อยละ 65.7 เชื่ออำนาจคนอื่นรองลงมาเฉลี่ยร้อยละ 50.7 และเชื่ออำนาจโชคชะตาน้อยสุดเฉลี่ยร้อยละ 43.1 ผู้ป่วยที่มีอายุ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื่อแพทย์แผนโบราณ ต่างกัน มีความเชื่ออำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศ ระยะเวลาการป่วย และมีโรคแทรกซ้อนต่างกัน มีความเชื่ออำนาจไม่แตกต่างกัน ความเชื่ออำนาจตนเองกับความเชื่ออำนาจคนอื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตาสัมพันธ์กันเชิงลบ ให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ - 0.588 และ - 0.693 ( $p < .01$ ) ส่วนความเชื่ออำนาจคนอื่นกับความเชื่ออำนาจโชคชะตาสัมพันธ์กันเชิงบวก ให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.488 ( $p < .01$ ) ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยรู้สาเหตุที่แท้จริงของการป่วยให้มากขึ้น

58920217 : M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS : CHRONIC DISEASE/ DIABETES/ HYPERTENSION/ HEALTH LOCUS OF CONTROL

BUDSAYANETE WONGPON: A STUDY OF INTERNAL AND EXTERNAL HEALTH LOCUS OF CONTROL ON ILLNESS OF CHRONIC PATIENTS IN ARANYAPRATHET HOSPITAL, SAKAEO PROVINCE. ADVISOR: BOONTHAM KIJPREDARBORISUTHI, Ph.D., 108 P., 2017.

When an illness occurs, especially sick of chronic disease, there are also some people believe, have power over yourself or have someone else get sick, as well as believe fate. It is a problem affecting the care. Therefore, this study wanted to study of internal and external health locus of control of chronic patients on the basis of illness. The sample consisted of 345 chronic patients with diabetes and hypertension, according to the register list of patients at Aranyaprathet Hospital, Sa Kaeo province. Data were collected through structured interviews, and analyzed by percentage, mean, standard deviation, to be comparison of locus of control between groups of independent variables by independent t-test and one-way analysis of variance, to determine the relationship between internal and external locus of control with Pearson's Correlation

The results showed that the majority of patients (56.8%) were women with an average age of  $61.05 \pm 11.77$  years old, did not work (42.9%), average duration of illness was  $7 \pm 4.85$  years, complication (27.8%), ever strayed in hospital (24.6%) and belief in traditional medicine (54.8%). The patients had internal locus of control believes on illness in the most, at 65.7 percent of average score, follow by other locus of control at 50.7 percent of average score, and faith locus of control at 43.1 percent of average score. The patients with age, chronically ill, ever strayed in hospital, belief in traditional medicine, were different, had locus of control significantly different. But patients with sex, duration of illness, and complication were different, had locus of control not different. The internal locus of control, other locus of control and faith locus of control was negative related, given correlation coefficient - 0.588 and - 0.693 ( $p < .01$ ), but other and faith locus of control was positive related, given correlation coefficient 0.488 ( $p < .01$ ). So, the patients should be made aware of the real cause of the illness.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	2
สมมติฐานในการศึกษา.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตการศึกษา.....	4
ข้อจำกัดของการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
สภาพและปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	6
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง.....	8
แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย.....	19
แนวคิดและทฤษฎีความเชื่ออำนาจ.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	31
รูปแบบวิธีการศึกษา.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง.....	37
4 ผลการศึกษา.....	38
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	38
ความเชื่ออำนาจตนเอง.....	40
ความเชื่ออำนาจคนอื่น.....	44
ความเชื่ออำนาจโชคชะตา.....	50
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา.....	55
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	56
สรุปผลการศึกษา.....	56
อภิปรายผล.....	58
ข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	62
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก.....	67
ภาคผนวก ข.....	72
ภาคผนวก ค.....	74
ประวัติย่อของผู้ศึกษา.....	79

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคเรื้อรัง จากสถานบริการ สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2550 –2556 ทั้งประเทศ..... 6
2	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังต่อสัปดาห์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวอย่าง..... 31
3	การกำหนดเนื้อหาความเชื่ออำนาจ..... 33
4	ตัวแปรและสถิติที่ใช้..... 36
5	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 38
6	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจตนเองรายชื่อ..... 41
7	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจตนเอง..... 42
8	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 42
9	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มระยะเวลาที่ป่วย ต่างกันรายชื่อ..... 44
10	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจคนอื่นรายชื่อ..... 46
11	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจคนอื่น..... 47
12	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล..... 47
13	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มโรคที่ป่วยต่างกันรายชื่อ... 49
14	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นของผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกันรายชื่อ..... 49
15	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจโชคชะตารายชื่อ..... 51
16	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจโชคชะตา..... 52
17	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 53
18	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาของผู้ป่วยระหว่าง กลุ่มโรคที่ป่วยต่างกันรายชื่อ..... 54
19	การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาของผู้ป่วยระหว่าง กลุ่มเชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกันรายชื่อ..... 55
20	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา..... 55



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
2 คำอธิบายเชิงทฤษฎี รูปแบบการเกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเอง.....	27

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สาเหตุของความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม หมอและผู้ป่วยจะรู้ว่าจะจัดการรักษาโรคอย่างไร การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคอาจต่างกันสองแบบ คือ แบบแรกเชื่อว่าโรคมีสาเหตุมาจากการกระทำของสิ่งเหนือธรรมชาติ แบบที่สองเชื่อว่ามิสาเหตุมาจากธรรมชาติ การแพทย์ตะวันตกเชื่อสาเหตุจากธรรมชาติ เช่น การกินอาหารไม่ดีทำให้เจ็บป่วย แต่ชนพื้นเมืองเชื่อว่าสาเหตุมาจากการกระทำของผี หรือถูกเวทมนต์คาถาเนื่องจากผู้ป่วยทำผิดจารีตประเพณี การรักษาโรคของชนพื้นเมืองไม่มีสถาบันทางสังคมที่ชัดเจน และไม่เกี่ยวข้องกับระบบกฎหมาย และการเมืองเหมือนสังคมตะวันตก แต่สังคมพื้นเมืองจะใช้ศาสนาเข้ามาอธิบายการเกิดโรค (นฤพนธ์ คิ้ววิเศษ, 2558)

ความเชื่อสาเหตุการเจ็บป่วยนั้นเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่มีเหตุมาจากธรรมชาติ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอากาศทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับธรรมชาติได้ทัน จะทำให้เกิดอาการไม่สบายขึ้น การเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของผู้อื่น ลักษณะของอาการจะแตกต่างไปจากการเจ็บป่วยโดยทั่วไป คือ อาการเจ็บป่วยจะไม่ชัดเจนไม่สามารถหาอาการ หรือต้นเหตุได้อย่างชัดเจน ต้องใช้การเข้าทรงดูว่าอาการการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอันใด การเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของตัวเอง การเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากสิ่งเหนือธรรมชาตินั้นอาจเป็นเพราะ การที่ขวัญของตัวเองอ่อน ไปถูกผีป่า ผีเขา ทำให้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น หรืออาจเกิดจากวิญญาณของบรรพชน (พิทักษ์พล บุญมาลิก, วัชนี หัตถพนม และวรวรรณ จูทา, 2556)

ข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนโรคเรื้อรัง เฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2559 มี 9,769 คน (โรงพยาบาล อัญญาประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงนั้นเกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งพันธุกรรม และเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารพวกแป้งและไขมันในปริมาณมาก การรับประทานอาหารรสหวานและเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น และอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมคือความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนและนอกตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆเรื่อง เช่น การศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การศึกษาของ สิรินทร เลิศคุพนิจ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อ โชคชะตาร้อยละ 88.1 ความเชื่อผู้อื่นร้อยละ 73.6 และความเชื่อตนเองร้อยละ 59.8 ส่วนทัศนคติ แสงมาลา (2559) พบว่า สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้ มีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับเชื่อปานกลาง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นในระดับเชื่อปานกลาง และมีความเชื่ออำนาจ โชคชะตาในระดับเชื่อน้อย ผู้ศึกษาจึงคาดว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จะมีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับเชื่อสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นในระดับเชื่อปานกลาง และมีความเชื่ออำนาจ โชคชะตาในระดับเชื่อน้อย

การศึกษานี้ จึงต้องการศึกษาความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนเองของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยใช้แนวคิดของ Rotter (1966) ซึ่งพัฒนาแนวคิดและแบบวัดความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพแบบหลายมิติ (The Multidimensional Health Locus of Control: MHCL Scale) โดย Wallston, Wallston and DeVellis (1978) ในการวัดความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1. ความเชื่ออำนาจตนเอง โดยเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำของตน 2. ความเชื่ออำนาจคนอื่น โดยเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการควบคุมของผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3. ความเชื่ออำนาจ โชคชะตา ความบังเอิญ โดยเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากอิทธิพลของ โชคชะตา ความบังเอิญ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลและส่งเสริมความเชื่อทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้วต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจ โชคชะตาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจ โชคชะตาระหว่างกลุ่มตัวแปร เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื้อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจ โชคชะตาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

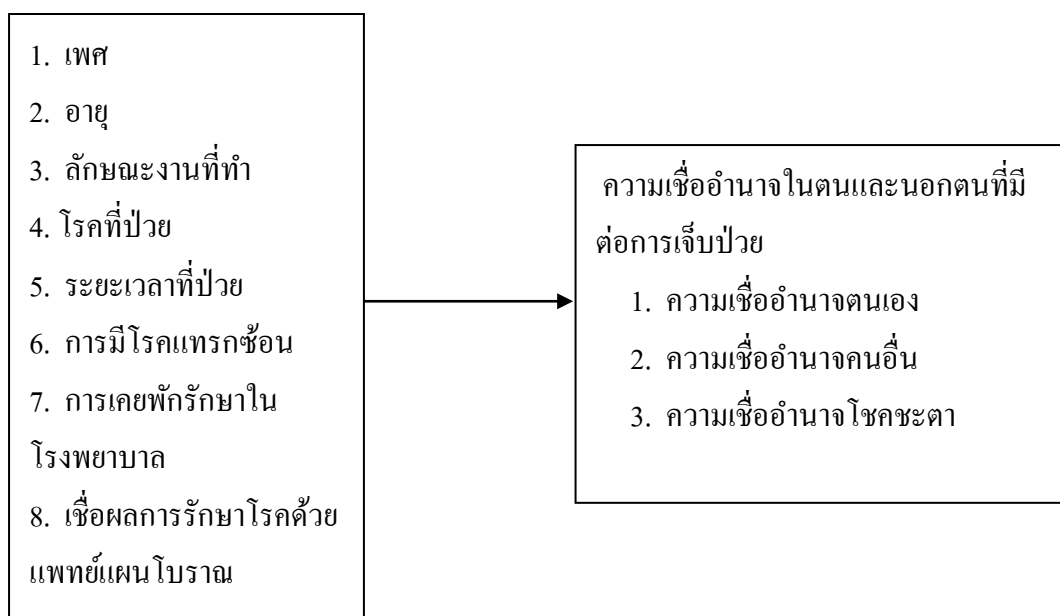
### สมมติฐานในการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกันมีความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาแตกต่างกัน
2. ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่นและความเชื่ออำนาจโชคชะตา มีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำ อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของการป่วย การเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองที่ถูกต้องเหมาะสม
2. นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจต่างกัน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ ต้องการศึกษาค้นคว้าความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Rotter ซึ่งพัฒนาโดย Wallston, Wallston and DeVellis แบ่งเป็น 3 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวแปร เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ข้อจำกัดของการศึกษา

ในข้อคำถามเรื่องเดียวกันผู้ป่วยอาจมีความเชื่อได้ทั้ง 3 ด้าน คือ เชื่ออำนาจตนเองแล้วยังเชื่ออำนาจคนอื่นและเชื่ออำนาจโชคชะตาอีก และตัวแปรที่นำมาศึกษาเป็นบรรทัดฐานไม่ต้องการให้มีความเชื่อแตกต่างกัน การใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล ต้องระวังอคติในการสัมภาษณ์ คำตอบที่ได้ขึ้นกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยในตอนนั้น ซึ่งอาจทำให้ได้คำตอบที่คลาดเคลื่อนไป

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**โรคเรื้อรัง** หมายถึง โรคที่เป็นแล้วต้องรักษาติดต่อกันเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิตและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

**ผู้ป่วย** หมายถึง บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยนัด

**ความเชื่ออำนาจ** หมายถึง ความเข้าใจว่าสาเหตุการเป็นโรคเรื้อรัง การมีอาการของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นผลมาจากความเชื่ออำนาจในตนหรือนอกตน

**ความเชื่ออำนาจตนเอง** หมายถึง ความเข้าใจว่าตนเองเป็นคนทำให้เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีอาการของโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

**ความเชื่ออำนาจคนอื่น** หมายถึง ความเข้าใจว่าบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน เป็นคนทำให้ตนเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีอาการของโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

**ความเชื่ออำนาจโชคละตา** หมายถึง ความเข้าใจว่าโชคละตา หรือเคราะห์ร้าย ทำให้ตนเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีอาการของโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. สภาพและปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
3. แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย
4. แนวคิดและทฤษฎีความเชื่ออำนาจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### สภาพและปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. สถานการณ์การป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง จากรายงานสถิติสาธารณสุข

พ.ศ.2550 – 2557 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2557 (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559) ดังข้อมูลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคเรื้อรัง จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2550 –2556 ทั้งประเทศ

พ.ศ. HT I

พ.ศ.	HT		IHD		Stroke		DM	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2550	645,344	1,025.44	206,816	328.63	161,008	255.85	500,347	795.04
2551	727,209	1,150.39	219,713	347.57	43,778	140.42	534,098	844.90
2552	780,629	1,230.16	228,032	359.34	176,202	277.67	558,156	879.58
2553	859,583	1,349.39	253,046	397.24	196,159	307.93	667,828	954.18
2554	920,106	1,433.61	264,877	412.70	212,186	330.60	621,411	968.22

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พ.ศ.	HT		IHD		Stroke		DM	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2555	1,009,385	1,570.63	274,753	427.53	227,848	354.54	674,826	1,050.05
2556	1,053,294	1,629.95	281,221	435.18	237,039	366.81	698,720	1,080.25
2557	1,014,231	1561.42	264,820	407.69	228,836	352.30	670,664	1,032.50

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2551)

รายงานขององค์การอนามัยในปี พ.ศ.2551 พบว่า ทุกปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี จะเห็นได้ว่า ในช่วงปีที่ผ่านมา องค์การระดับชาติ ไม่ว่าจะเป็น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลกและรัฐบาลจากประเทศต่าง ๆ ล้วนให้ความสำคัญต่อการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว เกิดเป็นเครือข่ายระดับนานาชาติขึ้น โดยเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในเรื่องการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 (เนติมา คูณีย์, 2557)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ อันได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 และแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ.2556 เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญ คือ การจัดการโรคสำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง (เนติมา คูณีย์, 2557)

สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน ขณะที่คนไทยรับประทานยาสูงถึงปีละ 47,000 ล้านเม็ด หรือเฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด ในปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก นั่นก็คือ ร้อยละ 59 ที่พิการ ซึ่งเป็นปัญหาหนักทั่วโลก ปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้วมากกว่า 304.59 ล้านคน ขณะนี้สถานการณ์โรคเบาหวานใน



ประเทศไทยมีอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7 หมายถึงใน 100 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จะมีอย่างน้อย 7 คนที่เป็นโรคเบาหวาน (สุพัตรา ศรีวิเศษ, 2555)

**2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** โรคเบาหวาน เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่าง ๆ มากมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ยังคงพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการวิจัยสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูงของทุกภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.6 หรือ คิดเป็นจำนวน 2.4 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ทักษิณก พรรถเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐา ไทยกกล้า, 2553)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร สังคม เศรษฐกิจ และวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาของโลก ดังสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2004 พบว่า มีคนเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก จำนวนร้อยละ 1.7 และคาดว่าในปี ค.ศ.2030 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.1 (World Health Organization, 2008) ทั้งนี้ มากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง มักไม่แสดงอาการและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากไม่ได้รับการรักษา ในระยะเวลา 7 ถึง 10 ปี จะพบหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงและเกิดภาวะแทรกซ้อน ถึงร้อยละ 30 (วิชาศรีดามา, 2550)

จึงศึกษาความเชื่ออำนาจที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนโรคเรื้อรัง เฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2559 มี 9,769 คน (โรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

## ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

**1. ความหมาย** โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ

โรคหืด เป็นต้น โรคเรื้อรังเหล่านี้ บางชนิดก็อาจค่อย ๆ พุเลาหรือหายได้ (เช่นอัมพาต) แต่จะต้องใช้เวลาเป็นแรมเดือนแรมปี ไม่ใช่หายภายใน 5 วัน 7 วัน เช่น ไขหวัด หรือ ไขหวัดใหญ่ บางชนิดถ้าได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอยู่ได้นานชั่วอายุขัย เช่น คนปกติธรรมดา (เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง) แต่ถ้าขาดการควบคุมก็มักจะเกิดโรคแทรกซ้อน และในที่สุดอาจจะเสียชีวิตได้ (ภายิต ประชาเวช, 2529)

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เป็นอยู่ยาวนาน หายช้า หายยาก หรือรักษาไม่หายขาด อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 คือ โรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ มีทางบำบัดรักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปี เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ประเภทที่ 2 คือ โรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาแบบประคับประคองก็สามารถทำให้อาการของโรคทุเลา เช่น โรคเบาหวาน โรคสะเก็ดเงิน ประเภทที่ 3 คือ โรคที่กลายหรือสืบเนื่องมาจากโรคเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เช่น โรคอัมพฤกษ์ที่เกิดจากอุบัติเหตุ เมื่อไขสันหลังถูกกดทับแต่ไม่ถึงกับฉีกขาด หากรักษาทันท่วงทีก็หายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็จะกลายเป็นโรคอัมพฤกษ์ตลอดไป (ราชบัณฑิตยสถาน, 2553)

โรคเรื้อรัง หรืออาจเรียกว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา หมายถึง โรค หรือพยาธิสภาพที่มีลักษณะ ดังต่อไปนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1. พยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร
2. ก่อให้เกิดความพิการ หรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น
3. ไม่สามารถแก้ไข หรือรักษาให้หาย หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้
4. ต้องการการฝึกเกี่ยวกับสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง
5. ต้องการการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล เพื่อติดตามประเมินอาการเป็นระยะ

ไปตลอดชีวิต

**2. ผลกระทบ** ต่อบุคคลและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ สามารถสรุปได้ ดังนี้ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค อาจทำให้อวัยวะต่าง ๆ บกพร่อง สูญเสียหน้าที่การทำงาน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2.2 ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ อาจแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล เครียด บางรายเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลรู้สึก ช่วยเหลือ

ตนเองไม่ได้รู้สึกห่มดวง เศร้าสงสารตัวเอง จากรายงานการศึกษาวิจัยของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสูง นอกจากนี้ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) กล่าวถึงผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ว่า มีทั้งความเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง สูญเสียพลังอำนาจ รวมทั้งความไม่พึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกดังกล่าวดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยแยกตัวและไม่ร่วมมือในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ไม่ยอมรับ หรือทำตามแผนการดูแลรักษา เช่น มีพฤติกรรมลี้ภัยรับประทานยา ไม่สนใจคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล ลี้กการมาตรวจตามนัด และอาจมีพฤติกรรมการแสดงออกในรูปของความโกรธ คือ และก้าวร้าวได้

2.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของบุคคลและชุมชน เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งเงินส่วนตัวและเงินจากภาครัฐ จากผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า มีค่าใช้จ่ายถึง 1,885.53 บาท และ 1,054.95 บาทตามลำดับ (นภัสนันท์ ลีมนันธิธรรม, 2547) ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าว รัฐจำเป็นต้องจัดบริการให้ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าพาหนะในการเดินทาง เพื่อมารับการรักษาแต่ละครั้งค่ารักษาอื่น ๆ ที่ต้องจ่ายเพิ่ม นับเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมอาการได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมาก ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การรักษาพยาบาล เนื่องจากมีสถานบริการสาธารณสุขถึงระดับตำบลและชุมชน และได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มียารักษาโรคกลุ่มนี้มากมาย สามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรค ผู้ป่วยมักได้รับยาหลายขนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นหลายโรคร่วมกันและที่สำคัญผู้ป่วยบางคนได้ยามาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ซึ่งบางครั้งได้ยาชนิดเดียวกัน บางครั้งเป็นยาที่กินร่วมกันไม่ได้ ยาหลายขนานที่กินร่วมกันอาจทำให้เกิดผลเสีย ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงหรือเป็นพิษจากยาบางครั้งคนไข้กินยาชนิดเดียวกัน แต่ลักษณะเม็ดยาไม่เหมือนกันทำให้ได้ยามากเกินขนาดโดยไม่รู้ตัว จากการติดตามเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่า ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ กินยาไม่หมด แล้วมารับยาใหม่ เนื่องจากค่ายาฟรีนอกจากผลการรักษาพยาบาลจะไม่ดีแล้ว ยังเป็นการสิ้นเปลืองค่ายาเสียงบประมาณโดยไม่จำเป็น (สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์, 2555)

4. กิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การกินอาหาร ทั้งประเภทและช่วงเวลาการกิน พฤติกรรมเสี่ยง คือ กินอาหารไม่ครบหมู่ กินอาหารบางหมู่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมัน งดอาหารมื้อเช้า แต่กิน

อาหารมีเย็นมากเกินไป กินอาหารเสร็จถึงเวลาเข้านอน ดื่มน้ำและสูบบุหรี่ การทำงานที่ใช้แรงกายน้อย ขาดการออกกำลังกาย แต่ใช้สมองและมีความเครียดสูงการดำรงชีวิตท่ามกลางมลภาวะอากาศไม่บริสุทธิ์ เช่น แก๊สจากท่อไอเสียรถยนต์ ฝุ่นผงจากโรงงานอุตสาหกรรม อยู่ท่ามกลางหมอกควันในชนบทที่ก่อมลพิษทุกคืน โรงพยาบาลหลายแห่งจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ค่ายเบาหวาน ชมรมออกกำลังกาย คลินิกอดบุหรี่ ตลาดนัดอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (สุรัชย์ ปัญญาพฤกษ์พงศ์, 2555)

**5. การสร้างเสริมสุขภาพ** การรักษาโรคเรื้อรังจะได้ผลดีต้องควบคู่กับการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ควบคุมอาการของโรคให้สงบ ไม่กำเริบ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้จะเป็นโรคราก็มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ การเสริมพลังให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับวิถีความเป็นอยู่ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงและสร้างพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ (สุรัชย์ ปัญญาพฤกษ์พงศ์, 2555)

การสร้างเสริมสุขภาพจะได้ผล ผู้ป่วยต้องตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น

**6. มาตรการการป้องกันและควบคุมโรค** จากหลายประเทศที่พัฒนาแล้ว มีบทสรุปในการวางแผนการจัดการโรคเรื้อรังที่คล้ายกัน คือ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2553)

6.1 การวางแผน มาตรการการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ลดภาวะอ้วน หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

6.2 การคัดกรองและเร่งค้นหาและวินิจฉัยโรค เป็นมาตรการเพื่อป้องกันโรคและความสูญเสียในระยะยาว

6.3 การจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและครบวงจรให้กับกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการสร้างเครือข่ายร่วมกันดูแล ควบคุมโรค ตลอดจนเครือข่ายส่งต่อ

6.4 ผู้ป่วยและประชาชนควรเป็นศูนย์กลางในการมีบทบาทร่วมในการป้องกันควบคุมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

6.5 การแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินการร่วมกัน

## **7. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

7.1 ความหมาย เทพ หิมะทองคำ (2549) ได้กล่าวว่า โรคเบาหวานคือ ภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติหรือเกิดจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จาก

อาหารไปใช้ได้ตามปกติ ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด หิวบ่อย รับประทานจุ

สรุปได้ว่า โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่ได้จากการรับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ จึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

7.2 สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน สืบทอดทางกรรมพันธุ์ได้ก็จริง แต่ก็เพียงหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยเท่านั้น ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเบาหวาน ได้อีกหลายประการ เช่น (เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิน และธิดา นิงสานินทร์, 2557)

7.2.1 ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลเกินในกระแสเลือด

7.2.2 สูงอายุ ดับอ่อนจะสังเคราะห์หลังฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลเกินในกระแสเลือด

7.2.3 ดับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ดับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป หรือดับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ สำหรับในคนที่มีความโน้มเอียงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวนี้จะช่วยชักนำให้อาการเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น

7.2.4 การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน เคยมีรายงานว่า เด็กอายุ 10 ขวบ เกิดเป็นเบาหวานอย่างปัจจุบันทันด่วนและเสียชีวิตลงหลังจากมีอาการเหมือนกับเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน จากการตรวจดับอ่อนพบว่าสามารถเพาะเชื้อไวรัสจากเนื้อเยื่อบดของดับอ่อนได้ นอกจากนี้ เมื่อทดลองฉีดไวรัสตัวนี้เข้าไปในหนูพบว่าไวรัสชนิดนี้ทำให้หนูเป็นเบาหวานได้

7.2.5 ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

7.2.6 การตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

7.3 ชนิดของโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็นหลายชนิด ซึ่งสาเหตุ ความรุนแรง และการรักษาต่างกัน (สุรเกียรติ์ อชานานูภาพ, 2551) ได้แก่

7.3.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type1 diabetes mellitus) เป็นชนิดที่พบได้น้อย แต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่อาจพบในผู้สูงอายุได้บ้าง ด้บอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้จะผลิตอินซูลินไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก เชื่อว่าร่างกายมีการสร้างภูมิต้านทานขึ้นต่อต้านทำลายด้บอ่อนของตนเองจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ดังที่เรียกว่าโรคภูมิต้านทานตนเอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ ร่วมกับการติดเชื้อ หรือการได้รับสารพิษจากภายนอก ผู้ป่วยจะมีรูปร่างผอม มีอาการของโรคชัดเจนและจำเป็นต้องพึ่งพาการผลิตอินซูลินเข้าไปทดแทนทุกวันตลอดชีวิต จึงจะสามารถเผาผลาญน้ำตาลได้ตามปกติ มิเช่นนั้นร่างกายจะหันไปเผาผลาญไขมันแทนจนทำให้ผอมอย่างรวดเร็ว และถ้าเป็นรุนแรงจะมีการคั่งของสารคีโตน ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน สารนี้จะเป็นพิษต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยหมดสติถึงตายได้รวดเร็ว เรียกว่า ภาวะคั่งสารคีโตน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เดิมเรียกว่า เบาหวานพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: IDDM)

7.3.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type2 diabetes mellitus) เป็นเบาหวานชนิดที่พบเห็นกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักมีความรุนแรงน้อย มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป และมีแนวโน้มพบในเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น ด้บอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ แต่ไม่เพียงพอับความต้องการของร่างกาย หรือผลิตได้พอ แต่เกิดภาวะดื้ออินซูลิน จึงทำให้มีน้ำตาลคั่งในเลือดกลายเป็นเบาหวานได้ ผู้ป่วยชนิดนี้มักมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ อ้วนเกินไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการชัดเจนและมักไม่เกิดภาวะคีโตนเช่นที่เกิดกับชนิดที่ 1 การควบคุมอาหารหรือการใช้ยาเบาหวานชนิดกิน มักได้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ หรือบางครั้งถ้าระดับน้ำตาลสูงมาก ๆ ก็อาจต้องใช้อินซูลินฉีดเป็นครั้งคราว ยกเว้นในรายที่ดื้อต่อยากินอาจต้องใช้อินซูลินตลอดไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้แต่เดิมเรียกว่า เบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM) และเนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุด

7.3.3 โรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ (Other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของด้บโรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ

7.3.4 โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GAM) ขณะตั้งครรภ์รกสร้างฮอร์โมนหลายชนิดซึ่งเข้าไปในร่างกายหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นสาเหตุให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนกลายเป็นเบาหวานได้ หลังคลอดระดับน้ำตาลในเลือดมารดามักจะกลับสู่ปกติ หญิงกลุ่มนี้อาจคลอดทารกตัวโต (น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4 กก.) มักเป็นเบาหวานซ้ำอีกเมื่อตั้งครรภ์ใหม่ และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเรื้อรังตามมาในระยะยาว

7.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน เกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาการแสดงสำคัญมี 4 ประการ ได้แก่ (ภาวนา กิริยัตวงศ์, 2544)

7.4.1 ปัสสาวะจำนวนมาก เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินจำกัดของไตจะรับได้ (ปกติประมาณ 160-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับออกมากับปัสสาวะ ทำให้เกิดแรงดัน (osmotic pressure) ของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมามากและบ่อยครั้ง

7.4.2 ตื่นน้ำมาก เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ จะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมากจึงต้องดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก หิวบ่อยรับประทานจุ แต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายนำน้ำตาล

7.4.3 รับประทานอาหารจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้ จึงทำให้มีสภาวะการฉขาดอาหารเกิดขึ้น เพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจึงมีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

7.4.4 น้ำหนักลด เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ มีผลให้ร่างกายสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ ทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว

7.5 ปัญหาของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะถ้าตรวจพบโรคช้าและควบคุมโรคได้ไม่ดี จะส่งผลทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานมี 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจะรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะยาวมักทำให้ผู้ป่วยพิการหรือคุณภาพชีวิตด้อยลง ดังนี้

7.5.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน(Acute complication) สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ถ้ามีการควบคุมโรคได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติเฉียบพลันและรุนแรง ซึ่งหากปล่อยทิ้ง

ไว้ผู้ป่วยเบาหวานอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญ (วิทยา ศรีดามา, 2549) มีรายละเอียด ได้แก่

7.5.1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยจะพบน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 mg/dl พบในผู้ที่กำลังรักษาโดยใช้อินซูลินหรือยาเม็ด ในขณะที่ได้รับยาตามปกติ หรือในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายมากผิดปกติ หรือรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้รับยาบางชนิด หรือดื่มสุรามากผู้ป่วยจะมีตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออกง่าย ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ถ้าไม่ได้รับน้ำตาลทดแทนจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติในที่สุด (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2548)

7.5.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) โดยจะพบใน 2 ลักษณะ คือ

7.5.1.2.1 ภาวะกรดในเลือดสูง (Diabetic Keto Acidosis:DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินหรือในรายที่มีอินซูลินน้อยมาก มีการดื้อต่ออินซูลิน ภาวะเครียด มีไข้ ติดเชื้อ โดยมักจะมีอินซูลินน้อยมาก และมีการหลั่งฮอร์โมนกลูคาгонคอร์ติซอล แคลทีโคลามีน ซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสเป็นพลังงานได้ตามปกติ ร่างกายจึงมีการสลายไขมันออกมาใช้เป็นพลังงานทดแทน จึงเกิดสารคีโตนมากขึ้น ทำให้มีภาวะเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบลึก มีกลิ่นอะซิโต ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงมากกว่า 250 mg/dl มีโซเดียมไบคาร์บอเนต ต่ำกว่า 15 mEq/L และมีสารคีโตนในปัสสาวะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ทรายน้ำ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะมากขึ้นเกิดจากการขาดน้ำ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะซึม สับสน หมดสติลงและอาจเสียชีวิตได้ (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2548)

7.5.1.2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่เป็นกรด (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Coma: HHNC) มักพบในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร่างกายยังคงมีอินซูลินเพียงพอจึงไม่เกิดการสลายของไขมันจนถึงขั้นภาวะกรดในเลือดสูง แต่เมื่ออินซูลินไม่เพียงพอในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัวและมีอาการขาดน้ำอย่างมาก เช่น ผิวหนังแห้ง ตาลึก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเหมือนภาวะกรดในเลือดสูง แต่อาจพบน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 400 mg/dl และมีออสโมลาลิตีในพลาสมาสูงกว่า 315 มิลลิออสโมล (สุทิน ศรีอัญญาพร, 2548)

7.5.1.3 ภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการติดเชื้อได้ง่าย แม้จะเป็นเชื้อที่อยู่ตามผิวหนังก็ตาม ซึ่งเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ติดเชื้อทางผิวหนังต้องได้รับการรักษาทันที เนื่องจากเชื้อจะลุกลามอย่างรวดเร็วจนเป็นฝี ซึ่งมักจะพบบริเวณ รักแร้ กลางหลัง ต้นคอ และบริเวณก้น อาการอักเสบอาจเป็นที่นิ้วเท้า ส้นเท้า หรือฝ่าเท้า เนื่องจากหลอดเลือดอาจถูกทำลาย หรือเท้าถูกรัด ทำให้อวัยวะนั้น



ขาดเลือด เกิดแผลเน่าเปื่อย เนื้อตาย นอกจากนี้ระบบต่างๆ เช่น ระบบขับถ่ายปัสสาวะอาจอักเสบ พบได้บ่อยถึง 2-3 เท่าของคนปกติ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (สุนทร ต้นทนต์, 2539)

7.5.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complications) คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติเป็นเวลานานจะเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็ก ๆ และหลอดเลือด ซึ่งเป็นเรื้อรังและอาจถึงตายได้ ภาวะแทรกซ้อนมี (ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, 2549) ดังนี้

7.5.2.1 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเวลาต่อมา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตร่วมด้วยจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง

7.5.2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดใหญ่ ทำให้มีอาการของโรคหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย หากเป็นที่หลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพาต หรือหมดสติได้ และถ้ามีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนนี้ก็รุนแรงขึ้น

7.5.2.3 โรคไต เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดเล็กของไต โดยเกิดขึ้นที่หน่วยกรองปัสสาวะของไต ผู้ป่วยมักมีอาการบวม ถ้ามีอาการรุนแรงเกิดไตวายระยะสุดท้ายจะมีของเสียคั่งมากทำให้หมดสติได้ มักพบโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่เป็นมานานมากกว่า 10 ปี ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนจึงควรได้รับการตรวจหาไมโครอัลบูมิน ปีละหนึ่งครั้ง เพื่อเริ่มการรักษาไตแต่เนิ่น (เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิณและธิดา นิงสานินท์, 2557)

7.5.2.4 โรคของตา จะพบว่ามึหลอดเลือดที่จอตาเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอตา ชักนำไปเกิดตาบอดในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีเลนส์ตาขุ่นเป็นต่อกระจกในบางรายอาจเป็นต้อหิน ตาพร่ามัวมองไม่เห็น (งามแจ เรื่องวรรณ, 2548)

7.5.2.5 โรคของประสาทส่วนปลาย การที่มีน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลทำให้เซลล์ประสาทเสื่อมลง ทำให้การนำความรู้สึกลดลง จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคเบาหวานมานาน มีอาการคล้ายเหน็บชา ชาตามปลายประสาทมือทั้ง 2 ข้าง หรือปวดแสบร้อน นอกจากนี้อาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ไปเลี้ยงประสาท ทำให้เกิดการขาดออกซิเจน

7.5.2.6 โรคของเท้า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจมีปัญหาที่เท้า ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าจากโรคเบาหวาน เกิดแผลที่เท้าโดยไม่รู้ตัว การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าลดลง มีส่วนทำให้แผลหายช้า มีโอกาสติดเชื้อสูงและนำไปสู่การถูกตัดเท้าหรือขา

7.5.2.7 โรคซึมเศร้า การเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดจากการต้องดูแลและควบคุมโรคหรือเกิดมีโรคแทรกซ้อน โรคซึมเศร้านอกจากทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขแล้ว ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาทำให้ผลการรักษาไม่ดี และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

7.6 ความหมาย โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ห่างกัน 3-5 นาที เป็นอย่างน้อย (กรมการแพทย์, 2550)

7.7 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งได้ 2 ชนิดดังนี้

7.7.1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 90 – 95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่วข้อง เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก โรคอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ มักพบมากในวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ และมักมีประวัติทางครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ เช่น มีพ่อแม่พี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้อยู่และส่วนใหญ่มักเป็นกับคนอ้วน (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541)

7.7.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ พบจำนวนน้อย และสามารถรักษาให้หายขาดได้ มักเกิดจากสาเหตุการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางชนิด และโรคต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย คือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ สาเหตุจากโรค (สมจิต หนูกุลเจริญ และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ได้แก่

7.7.2.1 ไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง

7.7.2.2 หลอดเลือดแดงบริเวณไตมีการตีบตัน จากการแข็งตัวของหลอดเลือด หลอดเลือดอักเสบจนขัดขวางการไหลเวียนของเลือด เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดก็จะหายเป็นปกติ

7.7.2.3 ความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน เช่น ฮอร์โมนต่อมหมวกไต

7.7.2.4 ภาวะลื่นหัวใจเร็ว และหลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว

7.7.2.5 ภาวะประสาทส่วนกลางผิดปกติ เช่น ฟีโนสมอง สมองอักเสบ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

7.8 อาการโรคความดันโลหิตสูง (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541)

7.8.1 ปวดศีรษะ มักพบในผู้ใหญ่ที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง ลักษณะอาการปวดมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย มีคลื่นไส้ อาเจียน ตามัว มักเกิดในตอนเช้า และมักหายเองภายในไม่กี่ชั่วโมง ซึ่งอาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ หลังจาก

ร่างกายเริ่มทำงานหลังตื่นนอน

7.8.2 เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้น้อย นอกจากมีภาวะความดันโลหิตสูงมากจนเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยบริเวณจมูก แต่อาการจะหายได้ เมื่อควบคุมความดันเลือดให้เป็นปกติ

7.8.3 เวียนศีรษะ มึนงง อาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

7.8.4 อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรง หรือทำงานหนัก หรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ซึ่งบ่งถึงภาวะห้องหัวใจเวนติเคิลซ้ายล้มเหลว

7.8.5 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก จากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

7.9 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546)

7.9.1 ผลต่อหัวใจ มักมีผลทำให้เกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้หัวใจวายได้ นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตทำให้ไม่สามารถรับเลือด จากปอดได้ตามปกติ เกิดเลือดคั่งในปอด ถูกลมในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลง ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมาก เกิดอาการบวมทั้งตัว และหัวใจห้องล่างขวายาย

7.9.2 หลอดเลือดแดง ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัว มีการเร่งการเกาะตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นเป็นผลก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอหรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตกได้ง่าย

7.9.3 ผลต่อไต ไตนอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้ว ยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตที่ช่วยรักษาความดันให้เป็นปกติ เช่น เรนิน และพอสตาเกลนดิน ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงบริเวณไตมีผนังหนาขึ้น หลอดเลือดตีบ ขรุขระ เลือดมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมักมีอาการบวมเหนื่อยง่าย ถ่ายปัสสาวะน้อยลง และในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการไตวายได้

7.9.4 ผลต่อสมอง ความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อแรงดันของหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้นด้วย และหากเป็นหนักหรือเป็นเวลานานก็มักจะทำให้ผนังเลือดเกิดการโป่งพอง หลอดเลือดไม่มีความยืดหยุ่น และแตกง่าย จนเกิดเลือดออกในสมอง ทำให้อาการสมองตายและเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต

7.9.5 ผลต่อตา โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเยื่อแก้วตา หลอดเลือดฝอยบริเวณตาบีบตัวมากขึ้น มีเลือดออกในตา และประสาทตาเสื่อม ทำให้ตาจะมัวลง

เรื่อย ๆ และตาบอดได้ แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ คือ

7.9.5.1 ระดับ 1 หลอดเลือดแดงที่จอตาจะตีบและแข็งตัวลงเล็กน้อย

7.9.5.2 ระดับ 2 หลอดเลือดแดงที่จอตามีการแข็งตัว และมีการหดมากขึ้น การไหลเวียนเลือดไม่ดี ทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตัน และเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้

7.9.5.3 ระดับ 3 มีอาการบวมของจอตาหรือมีของเหลวชั้น ๆ ออกมา โดยเฉพาะบริเวณเลือดออก หลอดเลือดแดงในม่านตาหดเกร็ง

7.9.5.4 ระดับ 4 มีลักษณะเช่นเดียวกับระดับ 3 แต่มีการบวมที่จุดรวมของเส้นเลือด และประสาท ซึ่งเกิดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

## แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

1. ความหมาย โรคิช (Rokeach, 1970) ได้ให้ความหมายว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่จะสามารถรู้ตัวว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ ความเชื่อจะเป็นส่วนกำหนดแนวโน้มของบุคคล หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดบุคคลกระทำสิ่งใดลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม ดังนั้น ความเชื่อจึงมีอิทธิพลอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรม การแสดงออกของมนุษย์ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย และยังกล่าวอีกว่าความเชื่อเป็นความนึกคิด ความเข้าใจหรือความคาดหวัง หรืออาจเป็นสมมติฐานที่เกิดขึ้น โดยมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้

จรรยา สุวรรณทัต (2527) ได้ให้ความหมายของความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือ ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือ ไม่มีเหตุผลก็ได้และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

ทัศนีย์ ทานตวนิช (2523) กล่าวว่า ความเชื่อ คือ การยอมรับนับถือว่าเป็นความจริง หรือ มีอยู่จริง การยอมรับหรือการยึดมั่นนี้ อาจมีหลักฐานเพียงพอที่จะพิสูจน์ได้ หรืออาจไม่มีหลักฐานที่จะพิสูจน์สิ่งนั้นให้เห็นจริงได้

สรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจและการยอมรับ นับถือ เชื่อมั่นในสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยไม่ต้องมีเหตุผลใดมาสนับสนุนหรือพิสูจน์ ทั้งนี้บางอย่างอาจมีหลักฐานอย่างเพียงพอที่จะพิสูจน์ได้ หรืออาจจะมีหลักฐานที่จะนำมาใช้พิสูจน์ให้เห็นจริงเกี่ยวกับสิ่งนั้นก็ได้

2. องค์ประกอบที่มีอิทธิพลกับความเชื่อ สุโท เจริญสุข (2520) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเชื่อ คือ

2.1 อายุ อายุมากร่างกายก็เจริญขึ้น ความคิดเห็นของคนก็เจริญขึ้นด้วย

2.2 ระดับการศึกษาทั่วไป คนที่มีการศึกษา และประสบการณ์มาก จะช่วยเพิ่มพูนความรู้และความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดทัศนคติที่กว้างขวางและอุปทานในสิ่งต่าง ๆ ได้มาก

2.3 ชั้นของการเรียน คือ การจบชั้นใดของการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ก็รู้มาก เห็นมากคิดมากเป็นธรรมดา พัฒนาการทางด้านความเชื่อ และอุดมคติจึงเป็นไปได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย

2.4 รายได้ คนมีเงินมากย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่า ดีกว่าคนขาดเงิน การได้ท่องเที่ยวในต่างประเทศก็เพิ่มความรู้สึก นึกคิดในการที่ถูกต้องเช่นกัน

2.5 อาชีพ ทัศนคติและศีลธรรมจรรยา ย่อมเป็นตามอาชีพของตน สังเกตได้ง่าย ๆ เช่น แนวความคิด และการกระทำของตน อาชีพหาเช้ากินค่ำกับคนอาชีพสูง ๆ ที่สังคมยกย่องจะเห็นว่าต่างกัน พวกคนที่มีอาชีพสูง จะมีแนวโน้มว่าเป็นบุคคลที่มีความคิดผูกมัดกับประเพณี ระเบียบ แบบแผน

2.6 เพศ ความแตกต่างทางเพศ ชี้ให้เห็นความเป็นไปของสังคม เกี่ยวกับเรื่องนี้ได้บ้าง เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง การเชื่อฟังปฏิบัติตามกฎหมายไม่ฝ่าฝืนข้อบังคับ ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย

**3. ประเภทของความเชื่อ** มีผู้จำแนกประเภทของความเชื่อไว้ดังนี้

โรคิช (Rokeach, 1970) ได้จัดแบ่งประเภทของความเชื่อว่ามี 4 ประเภท ดังนี้

1. ความเชื่อตามที่เป็นอยู่ เป็นการเชื่อในสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่า จริง เท็จ ถูก ผิด เช่น ความเชื่อที่ว่าโลกกลม พระอาทิตย์ขึ้นทางทิศตะวันออก เป็นต้น
2. ความเชื่อเชิงประเมินค่าเป็นความเชื่อที่แฝงความรู้สึก รวมทั้งมีการประเมินในขณะเดียวกัน เช่น เชื่อว่าบุญหรือเป็นสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น
3. ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำและควรห้าม เป็นความเชื่อว่าสิ่งใดที่พึงปรารถนาไม่พึงปรารถนา เช่น เชื่อว่าเด็กควรเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ เป็นต้น
4. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ เป็นความเชื่อในสภาพที่ก่อให้เกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่งตามมา เช่น เชื่อว่าการตัดไม้ทำลายป่าทำให้เกิดความแห้งแล้ง การสร้างเขื่อนเป็นการทำลายสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ เป็นต้น

เสฐียร พันธงย์ (2521) จำแนกความเชื่อไว้ 11 ประเภท ดังนี้

1. ความเชื่อในความศักดิ์สิทธิ์ของธรรมชาติ เกิดจากความไม่รู้ของมนุษย์ที่ พยายามหาคำตอบให้กับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ได้พบเห็น

2. ความเชื่อในอำนาจลึกลับ ความเชื่อนี้เป็นพื้นฐานความเชื่อเรื่อง ผีศาจเทวดา และเรื่อง วิญญาณในเวลาต่อมา

3. มายา เชื่อในอำนาจลึกลับที่มองไม่เห็นด้วยตา แต่มาายเป็นสิ่งที่ปรากฏแก่สายตาได้ ด้วยวิธีการร้ายเวทย์มนต์คาถา เป็นพื้นฐานของความเชื่อแบบไสยศาสตร์

4. ความเชื่อในข้อห้าม เป็นความเชื่อที่มนุษย์ยึดถือตาม ๆ กันมาเป็นเวลานาน เช่น ขะลำ (ข้อห้าม) ต่าง ๆ ในวิถีชีวิตของคนภาคอีสาน

5. ความเชื่อในพิธีชาระตนให้บริสุทธิ์ เชื่อว่าเมื่อผู้ใด ละเมิดข้อห้ามต้องทำพิธีอย่างใด อย่างหนึ่งเพื่อให้ตนกลับมาบริสุทธิ์โดยเฉพาะการชาระจิตใจ

6. เชื่อในความมีชีวิต (วิญญาณ) ของทุกสรรพสิ่ง ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ สัตว์ สิ่งของ ต้นไม้ เชื่อว่าในธรรมชาติย่อมมีชีวิต ซึ่งอาจให้ความช่วยเหลือหรือทำอันตรายแก่มนุษย์ได้

7. ความเชื่อในเรื่องสัตว์พิเศษ มีการนับถือและบูชาสัตว์ที่มี ลักษณะพิเศษ เช่น การนับถือ โคอของชาวฮินดู

8. ความเชื่อเรื่องธาตุ เชื่อว่ามีธาตุประจำโลก คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศ เป็นสิ่งที่ พยุงให้สิ่งมีชีวิตสามารถดำรงอยู่ได้ ถ้าธาตุเหล่านี้วิปริต แปรปรวนไป จะทำให้ร่างกายเจ็บป่วย และ ถึงความตายเมื่อธาตุเสื่อมจากร่างไป

9. การบูชาบรรพบุรุษ เป็นความเชื่อที่เกิดจากความรัก ความห่วงใยในความสัมพันธ์ ระหว่างญาติมิตร โดยการเคารพบูชาเพื่อเป็นการระลึกถึงผู้ที่จากไป

10. ความเชื่อเรื่องเครื่องรางของขลัง เกิดจากการนำวัตถุมาเป็น เครื่องหมาย หรือเป็น ตัวแทนสิ่งที่ดีคนเคารพต่าง ๆ

11. ความเชื่อเรื่องพิภพใต้ดิน เป็นความเชื่อที่ว่า ใต้พื้นดินเป็นดินแดนอีกดินแดนหนึ่ง หรือเป็นเมืองนรก

**4. ความเชื่อด้านสุขภาพ** คือ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่คนแต่ละคนยึดถือว่าเป็นความจริง ความเชื่อดังกล่าวอาจจะจริงหรือไม่จริงก็ได้ บุคคลจะปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านี้อย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เช่นใดก็ตาม และจะรู้สึกไม่พอใจถ้าใคร ไปบอกว่าเป็นสิ่งที่เขาเชื่อเป็นสิ่งที่ ไม่ถูกต้อง หรือแนะนำให้เขาเลิกปฏิบัติตามความเชื่อหรือให้ปฏิบัติในสิ่งที่ตรงข้ามกับความเชื่อ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทยมีมากมาย การปฏิบัติตามความเชื่อจะทำให้บุคคลมีความ มั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ถ้าต้องฝืนปฏิบัติในสิ่งที่ขัดกับความเชื่อจะรู้สึก ไม่ปลอดภัย เกรงว่าจะเป็น อันตราย ความเชื่อที่พบได้ทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับสุขภาพ (ทักษิณา ไกรราช, 2546) ได้แก่

4.1 เชื่อว่าถ้ารับประทานไข่ขณะที่เป็นแผล จะทำให้แผลนั้นเป็นแผลเป็นที่น่าเกลียด เมื่อหาย ถ้ารับประทานข้าวเหนียวจะทำให้แผลกลายเป็นแผลเปื่อย

4.2 หญิงตั้งครรภ์ ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์ชนิดใด จะทำให้ลูกมีพฤติกรรมเหมือนสัตว์ชนิดนั้น

4.3 เชื่อว่าการดื่มเบียร์วันละ 12 แก้ว จะช่วยป้องกันการติดเชื้อของลำไส้

4.4 เชื่อว่าถ้าดื่มน้ำมะพร้าวขณะมีประจำเดือน จะทำให้เลือดประจำเดือนหยุดไหล  
ความเชื่อเหล่านี้บางอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพมาก แต่บางอย่างไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ

## 5. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

5.1 แนวคิดเรื่องธาตุสุขภาพ และความเจ็บป่วย ตามแนวคิดเรื่องธาตุนั้นถือว่า สรรพสิ่งในธรรมชาติประกอบขึ้นด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน, ธาตุน้ำ, ธาตุลม และธาตุไฟ สรรพสิ่งในธรรมชาติร่างกายของมนุษย์ก็มีธาตุทั้ง 4 เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ค้ำกันเป็นร่างกายมนุษย์ ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติและมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันและทำหน้าที่ค้ำกันไว้ให้ระบบร่างกายมีความเป็นไปตามปกติ แนวคิดเรื่องธาตุจึงถือว่า สุขภาพดีเกิดขึ้นจากการมีธาตุทั้ง 4 ที่สมดุลกัน ธาตุทั้ง 4 ในระบบร่างกายของมนุษย์ยังถูกจำแนกแยกแยะออกเป็นส่วนย่อย คือ ธาตุดิน 20 ประการ , ธาตุน้ำ 12 ประการ, ธาตุลม 6 ประการ และธาตุไฟ 4 ประการในบรรดาธาตุทั้ง 4 นี้ ธาตุดินกับธาตุน้ำ จัดว่าเป็นธาตุที่เกิดขึ้นก่อนและเป็นธาตุเจ้าเรือน โดยมีธาตุลมและธาตุไฟมาอาศัย คนไทยจึงถือว่าธาตุดินและธาตุน้ำ ต้องมีความครบถ้วนบริบูรณ์มาก่อน สุขภาพอนามัยจึงจะดี ดังที่เรียกกันว่า “มีอาการครบสามสิบสอง” อาการสามสิบสองดังกล่าวนั้นก็คือ ธาตุดิน 20 ประการรวมกับธาตุน้ำ 12 ประการ รวมกันเข้าเป็น 32 ประการนั่นเอง (บุญเลิศ สดสุขภาพ, 2553)

5.2 แนวคิดเรื่องไสยศาสตร์กับความเจ็บป่วย ไสยศาสตร์ หมายถึง ความเชื่อด้วยความรู้สึกเกรงขามในสิ่งที่เข้าใจว่าอยู่เหนือธรรมชาติหรือในสิ่งลึกลับอันไม่สามารถจะทราบได้ด้วยเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์ และสิ่งนั้นอาจให้ดีหรือร้ายแก่ผู้ที่เชื่อถือได้ แนวคิดทางไสยศาสตร์เป็นวัฒนธรรมที่เก่าแก่ที่สุดและเป็นสากลในทุกชนชาติ กำเนิดมาจากความเชื่อที่ว่าอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติเป็นพลังทำให้สรรพสิ่งเปลี่ยนแปลงไปอย่างที่มนุษย์ไม่อาจเข้าไปแทรกแซงได้ มนุษย์สมัยก่อนเมื่อได้พบเหตุการณ์ธรรมชาติต่าง ๆ เช่น พายุร้าย ไฟป่า แผ่นดินถล่ม ก็เกิดความคิดว่าจะต้องมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่เบื้องหลัง หรือบังคับให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น มนุษย์จึงได้พากันสร้างเทพเจ้า ผี หรือวิญญาณต่าง ๆ ขึ้น และทำพิธีสักการบูชาเพื่อให้สิ่งที่ตนเชื่อว่ามีอยู่นั้น เมตตาและไม่ทำร้ายตน หรือบันดาลให้เกิดความสุขแก่ตน สิ่งที่มนุษย์สร้างดังกล่าวมีชื่อเรียกกันต่างๆ กันไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น ผีฟ้า พญาแถน ผีปู่ตา ผีป่า ผีตาแฮก รุกขเทวดา เจ้าที่ เทพารักษ์ ผีหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายอาจบันดาลให้เกิดเคราะห์กรรมต่าง ๆ รวมทั้งให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (บุญเลิศ สดสุขภาพ, 2553)

5.2.1 แนวคิดเรื่องผีในวัฒนธรรมไทยจำแนกได้ 3 ลักษณะ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)

5.2.1.1 แนวคิดที่ถือว่าผีเป็นอำนาจศักดิ์สิทธิ์ ทำหน้าที่รักษาหรือปกป้องคุ้มครองสิ่งต่าง ๆ อยู่ในธรรมชาติ ผีเหล่านี้จัดว่าเป็น “ผีดี” มักมีชื่อเรียกตามลักษณะท้องถิ่นที่ท่านสิงสถิตอยู่ เช่น เจ้าที่ เจ้าป่า รุกขเทวดา แม่โพสพ แม่นาง ผีฟ้า ผีป่า ผีดง ผีตาแฮก ฯลฯ ผีเหล่านี้ทำหน้าที่คุ้มครองดูแลพื้นที่ท้องถิ่นที่ท่านอาศัยอยู่ ในบรรดาผีดีทั้งหลายเหล่านี้มีผีฟ้า หรือพญาแถน เป็นใหญ่กว่าผีอื่น ๆ

5.2.1.2 แนวคิดที่ถือว่าผีเป็นวิญญาณของผู้ล่วงลับไปแล้ว แต่ยังคงมีอำนาจในการควบคุม ดูแลสิ่งต่าง ๆ และให้คุณให้โทษแก่มนุษย์ได้ ผีเหล่านี้ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น เช่น ผีปู่ตาในภาคอีสาน ผีปู่ย่าในภาคเหนือ ผีปู่ตาตายในภาคกลาง หรือผีตายในภาคใต้ ผีเหล่านี้มีหน้าที่ดูแลทุกข์สุขของชุมชน โดยชาวบ้านจะสร้างศาลปู่ตา หรือหมอผีสำหรับทำพิธีเช่นไหว้บูชา ซึ่งทำเป็นประจำ ถือว่าเป็นกิจกรรมสำคัญของชุมชน นอกจากนี้ยังมีผีเชื้อ ซึ่งเป็นผีบรรพบุรุษประจำตระกูลทำหน้าที่ดูแลลูกหลานในตระกูลของตน

5.2.1.3 แนวคิดที่เชื่อว่าผีเป็นวิญญาณร้ายที่คอยให้โทษภัยแก่มนุษย์ ส่วนใหญ่มักเป็นผีที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอน บางชนิดเป็นผีร้ายที่มีอยู่ในธรรมชาติ เช่น ผีโป่ง ผีกองกอย บางชนิดเกิดจากผู้เรียนวิชาด้านคุณไสยแล้วไม่สามารถรักษาวิชานั้น ๆ ไว้ได้ หรือกระทำผิดต่อข้อห้ามที่กำหนดไว้ทำให้ต้องกลายเป็นผีร้าย เช่น ผีปอบ ผีห่าก้อม บางชนิดเป็นผีที่เกิดจากคนตายผิดธรรมชาติ เช่น ผีตายทั้งกลม ผีตายโหง เป็นต้น ผีเหล่านี้ให้โทษแก่มนุษย์ โดยอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้หลายวิธี เช่น หลอกหลอนให้ตกใจกลัวจนจับไข้ ดังที่เรียกกันว่าเจ็บไข้หัวโกรน หรือเข้าสิงสู่ในตัวคนแล้วทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือเป็นบ้า ผีบางชนิด เช่น ผีกองกอยดูดกินเลือดคนทำให้เหยื่อค่อย ๆ ซีดและตายไป ผีบางชนิดกัดกินอวัยวะภายในของผู้เคราะห์ร้ายทำให้ค่อย ๆ ตายไป พฤติกรรมของผีร้ายเหล่านี้จะเป็นไปอย่างมีเหตุผล

### 5.3 แนวคิดเรื่องโหราศาสตร์เคราะห์กรรมกับความเจ็บป่วย แนวคิดแบบ

โหราศาสตร์มีกรอบอ้างอิงว่า สรรพสิ่งในสากลจักรวาล ล้วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธและส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงกันด้วยเงื่อนไขความสัมพันธ์ที่ไม่อาจหยั่งรู้ได้ด้วยสามัญสำนึกปกติของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของสรรพสิ่งเป็นไปตามวิถีหรือชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งแห่งที่ของมันเองในห้วงแห่งความสัมพันธ์ของจักรวาล โหราศาสตร์เป็นเครื่องมือสำคัญมิติของความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งในแนวคิดทางโหราศาสตร์จึงสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ “ฤกษ์ยาม” หรือเวลา และ “ตำแหน่งแห่งที่” หรือทิศทางอันจะเป็นตัวกำหนดว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปอย่างมี “สิริมงคล” หรือ “เคราะห์” ซึ่งทั้งหมดนี้ปรากฏอยู่ในวิถีแห่งการโคจรของดวงดาวเคราะห์ต่าง ๆ และ



สุริยคติที่เคลื่อนไปหาไปในห้วงแห่งจักรราศี (บุญเลิศ สดสุชาติ, 2553)

เมื่อมีความเจ็บป่วยซึ่งชาวบ้านเชื่อว่าอาจมีเคราะห์เกิดขึ้น ญาติพี่น้องหรือผู้ป่วยก็จะไปหาหมอดู หรือ โหราท้องถิ่นอีสานเรียก หมอมอ เพื่อทำนายทายทัก หมอดูก็จะคำนวณ โชคชะดาราตีของผู้ป่วย โดยอาศัยอายุ วันเดือนปีเกิดเป็นสำคัญ ส่วนใหญ่ใช้ตำราพรหมชาติเป็นหลัก ในการตรวจสอบเคราะห์กรรม ซึ่งมักมีการผูกดวงและการคำนวณเลขต่าง ๆ เมื่อหมอดูทักว่ามีเคราะห์ก็จะแนะนำให้ไปทำพิธีสะเดาะเคราะห์หรือเสียเคราะห์ ซึ่งในภาคอีสานเรียกกันว่า “แต่งบูชาพระเคราะห์” หรือ “แต่งแก้บูชา” เพื่อเป็นการขจัดปัดเป่าเคราะห์กรรม การทำพิธีดังกล่าวเป็นการป้องกันความเจ็บป่วยที่ยังไม่เกิด หรือช่วยให้ความเจ็บป่วยที่เกิดแล้วทุเลาลง และหายไปในที่สุด (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2558)

**5.4 แนวคิดเรื่องขวัญกับความเจ็บป่วย** ความเชื่อเรื่องขวัญเป็นอีกความเชื่อหนึ่งที่สำคัญ สืบเนื่องอยู่กับชีวิตของคนในภูมิภาคนี้มาตั้งแต่ก่อนที่จะรับพุทธศาสนาเข้ามา คนเผ่าไทยทุกเผ่าเชื่อเรื่องขวัญ แม้ขวัญเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นสัมผัสไม่ได้ แต่ก็เชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคน และเป็นศูนย์รวมชีวิต ความเชื่อเรื่องขวัญแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละท้องถิ่น แต่โดยรวม ๆ แล้วเชื่อกันว่าขวัญมีอยู่กับทุกคน สามารถเจริญเติบโตและพัฒนาขึ้นได้ตามตัวคนที่เป็นเจ้าของขวัญ เมื่อยังเป็นทารกขวัญมักตื่นเต้นตกใจง่าย อาจละทิ้งเจ้าของหลบหนีกระเจิดกระเจิงไป จนหายตกใจจึงกลับเข้ามาสู่ร่างอย่างเดิม เมื่อเป็นผู้ใหญ่ ขวัญจะหนักแน่นมีสติยิ่งขึ้นตามตัวเจ้าของ และยังเชื่อกันอีกว่า ถ้าขวัญอยู่กับตัวผู้ใด ผู้นั้นก็จะมีความสุขกายสบายใจไม่เจ็บไม่ไข้ ถ้าขวัญหนีหายไป อาจเกิดอันตรายขึ้นกับคนผู้นั้นได้ จากความสำคัญดังกล่าว ทำให้เกิดพิธีกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้ขวัญอยู่กับตัวตลอดไป เพื่อให้คนผู้นั้นมีความสุขปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและอันตรายต่าง ๆ ทุกกระยะของชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยชรา พิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมักจะเกี่ยวข้องอยู่กับขวัญด้วย ไม่ว่าจะเป็นการทำขวัญ สู่ขวัญ หรือรับขวัญ เช่น การทำขวัญแรกเกิด, ทำขวัญเดือน, โคนจุก, บวชนาค, การได้รับตำแหน่งใหม่, การกลับมาบ้านเกิดเมืองนอนหลังจากไปอยู่ต่างถิ่นนาน ๆ หรือก่อนที่จะเดินทางไปอยู่ต่างถิ่นเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งหายป่วย หรือรอดพ้นอันตรายกลับมา ก็มักจะทำขวัญให้เป็นพิเศษ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2558)

**5.5 แนวคิดตามหลักพุทธศาสนากับความเจ็บป่วย** ทัศนะของพุทธศาสนาต่อชีวิตและการเจ็บป่วยเมื่อนำมาถ่ายทอดสู่ประชาชน ก็ถูกปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อพื้นฐาน และสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชนมีอยู่ หลักธรรมที่เข้าใจง่ายและมีประโยชน์ช่วยให้สังคมสงบสุข เช่น ความเชื่อเรื่องกรรมเก่า, เรื่องชาติหน้า ชาติที่แล้ว, นรก สวรรค์, บุญ กุศล จะได้รับการพูดถึงมากกว่าหลักการที่เข้าใจยาก เช่น หลักปฏิจจสมุปบาท, หลักไตรลักษณ์ หรือหลักอริยสัจ 4

เป็นต้น ทศนะดังกล่าวมีผลอย่างมากต่อความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย ทำให้การเจ็บป่วยและความตายของคนไทยในอดีตไม่ใช่เรื่องที่น่ากลัวจนเกินเหตุ แต่เป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเตรียมใจเพื่อยอมรับสภาพเมื่อถึงเวลาของตนได้ แม้หลักการบางอย่างอาจคาดเคลื่อนไปจากพระไตรปิฎกบ้าง ก็เพื่อให้สอดคล้องกับความคิดความเชื่อและสภาพแวดล้อมของสังคม ขณะนั้น แนวคิดดังกล่าว ส่งผลให้เกิดเป็นพิธีกรรม ความเชื่อด้านการรักษาโรคที่สืบเนื่องกับพุทธศาสนา เช่น การอธิษฐานขอพรจากพระพุทธรูป, การสวดภาณยักษ์, การทำบุญสะเดาะเคราะห์ต่อชะตาชีวิต, การรดน้ำมนต์, การนอนโลง หรือทำเครื่องรางของขลัง รวมทั้งการนำพิธีกรรมหรือสัญลักษณ์ของพุทธศาสนาไปประกอบวิธีการรักษาอื่น ๆ เพื่อการเยียวยาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและความคิดความเชื่อพื้นฐานของคนในชุมชนนั้น เกิดเป็นการรักษาพื้นบ้านที่แตกต่างกันไปตามท้องถิ่น (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2558)

### แนวคิดและทฤษฎีความเชื่ออำนาจ

นักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Rotter (อ้างใน คุณเดือน พันธมนาวิน, 2550) เป็นผู้ที่ย้ำให้เห็นความสำคัญของจิตลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ว่า “คนมีความสามารถในการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่งและสามารถควบคุมผลของสาเหตุเหล่านั้น” โดยเรียกว่า ความเชื่ออำนาจ (Locus of control) Rotter ได้อธิบายว่า ความเชื่ออำนาจของบุคคลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยบุคคลที่เชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญมาจากการกระทำของตนเอง บุคคลเหล่านี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน (Belief in internal locus of control of reinforcement) ส่วนบุคคลอีกประเภทหนึ่งซึ่งมีความเชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญมาจากโชคเคราะห์ ความบังเอิญ อำนาจของคนอื่น หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน บุคคลประเภทนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน (Belief in external locus of control of reinforcement) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำ บุคคลประเภทนี้เมื่อมีผลเสียเกิดขึ้นกับตน ก็มักจะกล่าวโทษผู้อื่น หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การกระทำของตนว่าเป็นต้นเหตุของผลเสียนั้น

#### 1. ความเชื่ออำนาจประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่

##### 1.1 ความสามารถในการทำนาย (Predictability) มี 3 ลักษณะคือ

1.1.1 ทำนายสาเหตุที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลหนึ่ง ๆ ว่าคืออะไร

1.1.2 ถ้าสาเหตุที่ตนทราบจากข้อ 1 นั้นปรากฏขึ้น จะทำนายได้ว่า ผลของสาเหตุ

ดังกล่าวนั้นจะเป็นเช่นไร จะเกิดเมื่อใด และในปริมาณเท่าใด

1.1.3 ในทางกลับกัน เมื่อผลหนึ่ง ๆ ปรากฏขึ้น ไม่ว่าจะเป็ผลดีหรือผลเสียที่เกิดขึ้นในเวลาและปริมาณต่าง ๆ ก็จะทำนายได้ว่า สาเหตุแท้จริงที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลเหล่านี้คืออะไร รวมเรียกอีกนัยหนึ่งว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่ง

1.2 ความเชื่อว่าตนสามารถควบคุม (Controllability) ให้ผลตามที่ต้องการได้ โดยเชื่อใน 3 ลักษณะ คือ

1.2.1 ถ้าต้องการให้ผลดีปรากฏขึ้นอีกหรือปรากฏในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ตนก็สามารถทำให้ผลดีนั้นเกิดขึ้นได้ ด้วยความพยายามให้มากขึ้นของตนเอง

1.2.2 ถ้าต้องการหลีกเลี่ยงหรือลดผลเสียที่จะปรากฏ ตนก็สามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียนั้นได้ด้วยตนเอง

1.2.3 เชื่อว่า “ทำมาก ย่อมได้ผลมาก และทำน้อยย่อมได้ผลน้อย” ตลอดจนมีความเชื่อว่า “ทำดี ย่อมได้ผลดีตอบแทน และทำชั่วย่อมได้ผลชั่ว ตอบแทน” หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ความเชื่อเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมในทางพุทธศาสนานั่นเอง (จุจเดือน พันธุมนาวิณ, 2550)

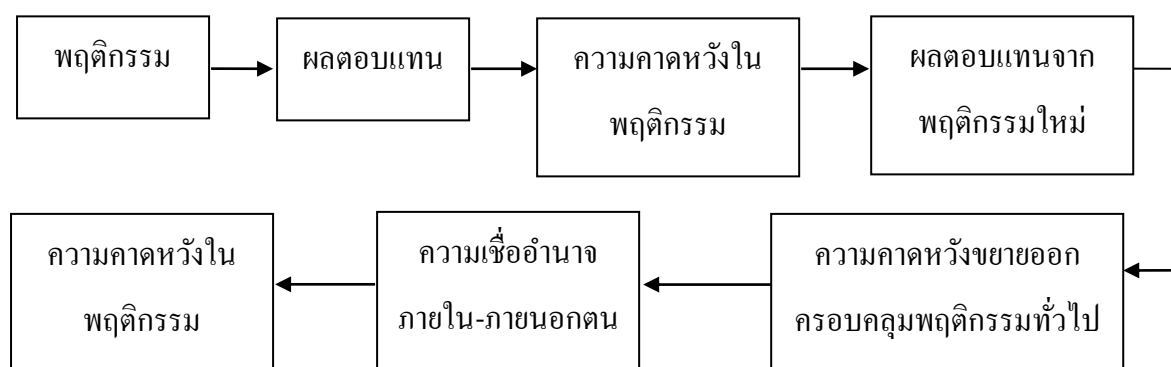
**2. วิวัฒนาการของความเชื่ออำนาจ** ความเชื่ออำนาจวิวัฒนาการ มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดย แบนคูรา ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล ร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้อง ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ซึ่งสร้างโดยรอตเตอร์ (Rotter, 1996) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน โดยเขาได้ตั้งข้อสังเกตว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละคนซึ่ง Rotter ได้สรุปดังนี้

2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) หมายถึง ความคิดที่เชื่อว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากความสามารถ ทักษะ หรือการกระทำของตน

2.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) หมายถึง ความคิดที่เชื่อว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนขึ้นอยู่กับโชคกลาง ความบังเอิญ หรือขึ้นอยู่กับอำนาจของผู้อื่น

นอกจากนี้ยังได้อธิบายลักษณะทั่วไปของทัศนคติทั้งสองประเภทดังกล่าว โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่ว่า ผลตอบแทนที่ได้มาจากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งมาก่อน แล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ กลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทน

แต่ครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังในครั้งต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย และได้ขยายต่อไปว่าความคาดหวังโดยทั่วไปประกอบกับความคาดหวังเฉพาะของบุคคล อันเนื่องมาจากผลตอบแทนที่ได้จากอดีตจะทำให้เกิดความเชื่อ โศกลาง หรือเชื่อในความชำนาญและความสามารถของตน ซึ่งเป็นบุคลิกภาพประจำตัวของบุคคล และความเชื่อเหล่านี้เอง จะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมที่เกิดใหม่กล่าวคือ ผู้ที่เชื่อ โศกลางย่อมจะหวังในผลตอบแทนจากการกระทำของตนน้อยกว่าผู้ที่เชื่อในความสามารถหรือทักษะของตน ความเชื่อนี้จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของคนบางคนแตกต่างกัน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 คำอธิบายเชิงทฤษฎี รูปแบบการเกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเอง (Rotter, 1996)

### 3. ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ Wallston and Wallston (1982)

ได้แบ่งความเชื่อ เพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำมาอธิบายความเชื่อของบุคคลด้านสุขภาพคือ

#### 3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ (Internal Health Locus of Control)

บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยการปฏิบัติของตนเอง

#### 3.2 ความเชื่ออำนาจภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.2.1 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Powerful Other Locus of Control) เป็นบุคคลที่เชื่อว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข นักศึกษา เป็นผู้ควบคุมสุขภาพและเชื่อว่าการพบเจ้าหน้าที่และปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นวิธีที่ดีที่สุดทำให้ตนสุขภาพดี รวมทั้งการเอาใจใส่ของญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นส่วนช่วยสนับสนุนทำให้อาการของโรครดีขึ้น

3.2.2 ความเชื่ออำนาจของความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นการเจ็บป่วยเกิดจาก โชคชะตา โอกาส ความบังเอิญ บุญกรรม สิ่งลี้ลับ บุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาความเชื่ออำนาจในตนเองและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรงมีแต่งงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

วารากรณ์ นารินทร์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

คุณเดือน พันธุ์นาวัน (2550) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนเอง: การวัดความสำคัญและการเปลี่ยนแปลง ได้ประมวลทฤษฎีและผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมที่น่าปรารถนาต่างๆของคนไทย พบว่า คนที่มีความเชื่ออำนาจในตนมาก สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นว่ามาจากสาเหตุอะไรและมีปริมาณเท่าใด และเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าปรารถนามากกว่าคนที่มีความเชื่ออำนาจในตนน้อย โดยคนที่พยายามทำดีมากย่อมได้ผลดีตอบแทนมาก ส่วนคนที่พยายามทำดีน้อยย่อมได้ผลดีตอบแทนน้อย

ปทุมภัท ทุลละเสถียร (2550) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศสถานภาพสมรส และอาชีพแตกต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนเพศและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนและความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลาง ความเชื่ออำนาจภายในตนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

นันทิตา จุไรทัศนีย์ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน และความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีการดูแลตนเองน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สโรชา อยู่ยงสินธุ์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม ระดับดีมาก ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจตนเองอยู่ในระดับสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นอยู่ในระดับสูง และมีความเชื่ออำนาจ โชคชะตาอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัศนาศ แสงมาลา (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับการป้องกัน โรคกระดูกพรุนของสตรีวัยทอง ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้ มีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับ เชื่อปานกลาง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นในระดับเชื่อปานกลาง และมีความเชื่ออำนาจ โชคชะตาในระดับเชื่อน้อย สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีการป้องกัน โรคกระดูกพรุนในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 โดยมีการป้องกัน โรคกระดูกพรุนด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด และพบว่า ความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่นและความเชื่ออำนาจ โชคชะตา ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกัน โรคกระดูกพรุนของสตรีวัยทอง

สิรินทร เลิศคุณิณี (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อตนเองระดับสูง ร้อยละ 59.2 ความเชื่อผู้อื่นระดับสูง ร้อยละ 68.4 และความเชื่อ โชคชะตาระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.8 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 6.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 2.6 โดยความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจ โชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าที่ ( $r = 0.45, p < 0.01$ )

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในลักษณะการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีเกณฑ์คัดเข้าประชากรที่ศึกษา ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง 9,769 คน

1.2 เป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัด

1.3 พுகุญรู้เรื่อง

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าจากสัดส่วน (Daniel, 1995, p.180) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญแบบสองหาง มีค่า

เท่ากับ 1.96

d = ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดของค่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจาก

ประชากร มีค่าเท่ากับ 0.05

p = โอกาสที่เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 35.8 โดยได้จากผลการวิจัยของ (ทัศนาศงมาลา, 2559, หน้า 46)

$$q = 1 - p$$

การแทนในสูตร

$$n = \frac{9,769 (1.96)^2 (0.358)(1-0.358)}{(0.05)^2 (9,769 - 1) + (1.96)^2 (0.358)(1-0.358)}$$

$$= \frac{8621.82}{25.30}$$

$$= 340.78$$

ฉะนั้น การศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 341 คน แต่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเป็น 345 คน

**3. การสุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการที่คลินิกพิเศษโรคเรื้อรังต่อสัปดาห์ เป็น 2 วัน คือ วันพุธ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และวันศุกร์ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของจำนวนผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนกันตามขนาดของประชากร

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกด้วยวิธีการจับบัตรคิวรอตรวจ เก็บข้อมูลให้ได้จำนวนเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อสัปดาห์ ที่รับบริการที่คลินิกพิเศษ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวอย่าง

สัปดาห์ที่	ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย/สัปดาห์ (คน)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. พุธที่ 22 ก.พ.60	โรคความดันโลหิตสูง	114	39
	ศุกร์ที่ 24 ก.พ.60	โรคเบาหวาน, โรคเบาหวาน ร่วมโรคความดันโลหิตสูง	174
2. พุธที่ 1 มี.ค.60	โรคความดันโลหิตสูง	111	39
	ศุกร์ที่ 3 มี.ค.60	โรคเบาหวาน, โรคเบาหวาน ร่วมโรคความดันโลหิตสูง	180
3. พุธที่ 8 มี.ค.60	โรคความดันโลหิตสูง	96	38
	ศุกร์ที่ 10 มี.ค.60	โรคเบาหวาน, โรคเบาหวาน ร่วมโรคความดันโลหิตสูง	171
	รวม	846	345



## เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถาม เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื้อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามเปิด และคำถามปิด ให้เลือกคำตอบจากหลายคำตอบ มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความเชื่ออำนาจตนเอง ถาม สาเหตุการเป็นโรคเรื้อรัง สาเหตุการเกิดอาการของโรคเรื้อรัง และสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เชื่อว่าตนเองเป็นคนทำให้เกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 7 คำตอบ ได้แก่ ใช่ว่าจริง ๆ ใช่ว่าจริง ก่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างไม่จริง ไม่ใช่จริง ไม่ใช่จริง ๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ใช่ว่าจริง ๆ	ให้	7	คะแนน
ใช่ว่าจริง	ให้	6	คะแนน
ก่อนข้างจริง	ให้	5	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	4	คะแนน
ก่อนข้างไม่จริง	ให้	3	คะแนน
ไม่ใช่จริง	ให้	2	คะแนน
ไม่ใช่จริง ๆ	ให้	1	คะแนน

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจคนอื่น ถาม สาเหตุการเป็นโรคเรื้อรัง สาเหตุการเกิดอาการของโรคเรื้อรัง และสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เชื่อว่าคนอื่นเป็นคนทำให้เกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 7 คำตอบ ได้แก่ ใช่ว่าจริง ๆ ใช่ว่าจริง ก่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างไม่จริง ไม่ใช่จริง ไม่ใช่จริง ๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ถาม สาเหตุการเป็นโรคเรื้อรัง สาเหตุการเกิดอาการของโรคเรื้อรัง และสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เชื่อว่าโชคชะตาเคราะห์ร้ายทำให้เกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 7 คำตอบ ได้แก่ ใช่ว่าจริง ๆ ใช่ว่าจริง ก่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างไม่จริง ไม่ใช่จริง ไม่ใช่จริง ๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

## 2. การสร้างเครื่องมือ

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์ สำหรับการวิจัย และศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และทฤษฎีความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยใช้

แนวคิดของ Rotter ซึ่งพัฒนาโดย Wallston, Wallston and DeVellis เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ กำหนดกรอบแนวคิด และขอบเขตของการศึกษา รวมทั้งกำหนดตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม

2.2 กำหนดข้อมูลจากผลการสำรวจในข้อที่ 2.1 นำมาทำตารางวิเคราะห์เนื้อหาและความเชื่อที่ต้องการวัด ดังนี้

ตารางที่ 3 การกำหนดเนื้อหาความเชื่ออำนาจ

เนื้อหา	เชื่อตนเอง (ข้อ)	เชื่อผู้อื่น (ข้อ)	เชื่อโชคชะตา (ข้อ)	รวม (ข้อ)
1. การเจ็บป่วย	3	3	3	9
2. อาการ	3	3	3	9
3. โรคแทรกซ้อน	4	4	4	12
รวม	10	10	10	30

2.3 เขียนข้อคำถาม

2.4 เรียงคำถามและจัดรูปแบบให้แลดูง่ายและสะดวกต่อการบันทึกข้อมูล

2.5 ตรวจสอบและแก้ไข ตรวจสอบเนื้อหา ภาษา การจัดเรียงลำดับ ความสอดคล้อง

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ดังชื่อในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาของแต่ละข้อ ให้ชัดเจน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้แบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในแต่ละข้อ แล้วนำผลมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญด้วยสูตร IOC (Index of Item-Objective Congruence) ดังนี้

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

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลปรากฏว่าได้ค่าดังนี้

ความเชื่ออำนาจตนเอง	รายข้อมีค่าระหว่าง	0.33 - 1.00
ความเชื่ออำนาจคนอื่น	รายข้อมีค่าระหว่าง	0.33 - 1.00

ความเชื่ออำนาจโชคละตา รายชื่อมีค่าระหว่าง 0.33 - 1.00

ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ +0.30 ขึ้นไป จึงถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องว่าข้อความในคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาไปใช้ได้ (ได้ผลดังภาคผนวก)

**4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการกึ่งสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน โดยระหว่างสัมภาษณ์สังเกตความเข้าใจในคำถาม คำตอบ เมื่อไม่เข้าใจให้ซักถาม ผู้ศึกษาจดคำอธิบายไว้และนำมาปรับภาษาให้ชัดเจนมากขึ้น

นำผลคำตอบส่วนที่ 2, 3 และ 4 มาหาอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (Corrected Item-Total Correlation) โดยส่วนที่ 2 ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.358 ถึง 0.801 ส่วนที่ 3 ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.034 ถึง 0.552 ส่วนที่ 4 ได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.229 ถึง 0.880 แล้วได้ปรับภาษาในส่วนที่ 3 ข้อที่ 14 ที่ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.034 จากนั้นนำคำถามไปหาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient, 1994 อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2553ก) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ความเชื่ออำนาจในตนและนอกตน	มีค่าเท่ากับ 0.93
ความเชื่ออำนาจตนเอง	มีค่าเท่ากับ 0.88
ความเชื่ออำนาจคนอื่น	มีค่าเท่ากับ 0.70
ความเชื่ออำนาจโชคละตา	มีค่าเท่ากับ 0.90

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ประสานกับโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว แล้วทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากหัวหน้าและเจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษ ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามให้กับผู้ช่วยสัมภาษณ์ 2 คน ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ในคลินิกพิเศษ และทดลองสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยสัมภาษณ์ดู แล้วสังเกตการสัมภาษณ์เป็นตัวอย่าง ได้ทำการสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ช่วยสัมภาษณ์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่

10 มีนาคม 2560 เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ทำการเก็บรวบรวมพร้อมทั้ง วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ซึ่งวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื้อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ห่าจำนวนและร้อยละของคำตอบ ส่วนอายุ ห่าอายุต่ำสุด อายุสูงสุด อายุเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มต่างกันกลุ่มละ 5 ปี และระยะเวลาที่ป่วยห่าจำนวนและร้อยละของแต่ละกลุ่ม

2. ความเชื่ออำนาจตนเอง วิเคราะห์รายข้อ โดยแจกแจงความถี่ของคำตอบแต่ละข้อความ ห่าจำนวนและร้อยละ ยุกคำตอบ ใช่จริง ๆ ใช่จริง ก่อนข้างจริงเป็นเชื่อ และไม่ใช่ว่าจริง ๆ ไม่ใช่จริง ก่อนข้างไม่จริงเป็นไม่เชื่อ คงเหลือคำตอบเพียง 3 คำตอบ คือ เชื่อ ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อ จากนั้นนำค่าร้อยละที่รวมกันได้ไปเรียงกันจากมากไปน้อย จากนั้นให้คะแนนคำตอบของแต่ละข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนของแต่ละคนห่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด เฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แล้วแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม โดยปรับเป็นตัวเลขกลม (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์, 2553, ข หน้า 208) ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนน ร้อยละ 70 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 40-69 ของคะแนนเต็ม
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 40 ของคะแนนเต็ม

จากเกณฑ์ดังกล่าวนำไปแบ่งคะแนนความเชื่ออำนาจตนเอง ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนน ร้อยละ 49 คะแนนขึ้นไป
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 28-48 คะแนน
ระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 28 คะแนน

3. ความเชื่ออำนาจคนอื่น วิเคราะห์รายข้อ โดยแจกแจงความถี่ของคำตอบแต่ละข้อความ ห่าจำนวนและร้อยละ ยุกคำตอบ ใช่จริง ๆ ใช่จริง ก่อนข้างจริงเป็นเชื่อ และไม่ใช่ว่าจริง ๆ ไม่ใช่จริง ก่อนข้างไม่จริงเป็นไม่เชื่อ คงเหลือคำตอบเพียง 3 คำตอบ คือ เชื่อ ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อ จากนั้นนำค่าร้อยละที่รวมกันได้ไปเรียงกันจากมากไปน้อย จากนั้นให้คะแนนคำตอบของแต่ละข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนของแต่ละคนห่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด เฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แล้วแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม เช่นเดียวกับความเชื่ออำนาจตนเอง

4. ความเชื่ออำนาจโชคชะตา วิเคราะห์รายข้อ โดยแจกแจงความถี่ของคำตอบแต่ละข้อ ความ หางำนวนและร้อยละ ยูปคำตอบ ใซ้จริง ๆ ใซ้จริง ก่อนข้างจริงเป็นเชื่อ และไม่ใซ้จริง ๆ ไม่ใซ้จริง ก่อนข้างไม่จริงเป็นไม่เชื่อ คงเหลือคำตอบเพียง 3 คำตอบ คือ เชื่อ ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อ จากนั้นนำค่าร้อยละที่รวมกัน ได้ไปเรียงกันจากมากไปน้อย จากนั้นให้คะแนนคำตอบของแต่ละข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนของแต่ละคนหาคะแนนต่ำสุด สูงสุด เฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แล้วแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 กลุ่ม เช่นเดียวกับความเชื่ออำนาจตนเอง

5. เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาระหว่างกลุ่มตัวแปร เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การมีโรคแทรกซ้อน การเคยพักรักษาในโรงพยาบาล เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test และ One-Way ANOVA ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เปรียบเทียบต่อด้วย LSD ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงตัวแปรและสถิติที่ใช้

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม	สถิติที่ใช้
เพศ การมีโรคแทรกซ้อน เคยพักรักษาในโรงพยาบาล	ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา	Independent t-test
อายุ ลักษณะงานที่ทำ โรคที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์ แผนโบราณ	ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา	One-Way ANOVA

6. หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ด้วยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษา โดยในแบบสัมภาษณ์จะไม่ได้ลงชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวผู้ให้การสัมภาษณ์ และไม่มีผลกระทบทางกายใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการศึกษานี้เท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้ต้องการศึกษาความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง เรียงตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความเชื่ออำนาจตนเอง
3. ความเชื่ออำนาจคนอื่น
4. ความเชื่ออำนาจ โชคชะตา
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจ โชคชะตา

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.8) เป็นผู้หญิง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.2) อายุมากกว่า 60 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 61.05 ปี เกือบร้อยละ 50.0 ไม่ได้ทำงาน อีกร้อยละ 30.0 ใช้แรงงาน ที่เหลือเป็นกึ่งแรงงาน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.1) มีระยะเวลาที่ป่วย 5 – 9 ปี ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาที่ป่วยสูงสุด 35 ปี และระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 7 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.0 ไม่มีโรคแทรกซ้อน เกือบร้อยละ 80.0 ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.8) เชื่อการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รวม	345	100.0
เพศ		
หญิง	196	56.8
ชาย	149	43.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 50 ปี	60	17.4
50 - 59 ปี	91	26.4
60 - 69 ปี	110	31.9
70 ปีขึ้นไป	84	24.3
(อายุต่ำสุด 35 ปี, สูงสุด 90 ปี, เฉลี่ย 61.05 ปี S.D 11.77)		
ลักษณะงานที่ทำ		
ไม่ได้ทำงาน	148	42.9
ใช้แรงงาน	101	29.3
กึ่งแรงงาน	96	27.8
โรคที่ป่วย		
เบาหวาน	115	33.3
ความดันโลหิตสูง	115	33.3
เบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง	115	33.3
ระยะเวลาที่ป่วย		
1-4 ปี	117	33.9
5-9 ปี	152	44.1
10-14 ปี	47	13.6
15 ปีขึ้นไป	29	8.4
(ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด 1 ปี, สูงสุด 35 ปี, เฉลี่ย 7 ปี S.D 4.85)		
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มี	249	72.2
มี	96	27.8
พักรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	260	75.4
เคย	85	24.6



## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เชื่อการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ		
มาก	18	5.2
ปานกลาง	98	28.4
น้อย	73	21.2
ไม่เชื่อ	156	45.2

## ความเชื่ออำนาจตนเอง

ความเชื่ออำนาจตนเองรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่ง ระหว่างร้อยละ 52.0-85.0 มีความเชื่อตนเองว่า

1. ไม่ควบคุมอาหารทำให้เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดร่วมด้วย ร้อยละ 85.3
2. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 79.4
3. ไม่ระมัดระวังตัวเองทำให้เป็นแผลที่เท้า ร้อยละ 73.9
4. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคหัวใจร่วมด้วย ร้อยละ 73.4
5. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาต ร้อยละ 70.1
6. ไม่ดูแลตัวเองทำให้ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 64.6
7. ไม่ดูแลรักษาความสะอาดที่เท้าทำให้ถูกตัดขา ร้อยละ 62.9
8. ไม่ตรวจตาทำให้เป็นต้อกระจก ต้อหิน ร้อยละ 62.4
9. ไม่ดูแลตัวเองทำให้ปากเปื่อย แขนขาซีดไคซีกหนึ่งอ่อนแรง ร้อยละ 61.8
10. ไม่รักษาความสะอาดทำให้มีอาการคัน ผิวน้ำอักเสบ ร้อยละ 52.1

## ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจตนเองรายข้อ

ความเชื่ออำนาจตนเอง	ใช่จริงๆ	ใช่จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่ใช่จริง	ไม่ใช่จริงๆ
1. ไม่ควบคุมอาหารทำให้เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดร่วมด้วย	42 (12.2)	130 (37.7)	122 (35.4)	17 (4.9)	7 (2.0)	5 (1.4)	22 (6.4)
2. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคเรื้อรัง	45 (13.0)	108 (31.3)	121 (35.1)	23 (6.6)	14 (4.1)	10 (2.9)	24 (7.0)
3. ไม่ระมัดระวังตัวเองทำให้เป็นแผลที่เท้า	14 (4.1)	57 (16.5)	184 (53.3)	40 (11.6)	9 (2.6)	12 (3.5)	29 (8.4)
4. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคหัวใจร่วมด้วย	18 (5.2)	55 (16.0)	180 (52.2)	38 (11.0)	19 (5.5)	7 (2.0)	28 (8.1)
5. ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต	16 (4.6)	92 (26.7)	134 (38.8)	52 (15.1)	14 (4.1)	12 (3.5)	25 (7.2)
6. ไม่ดูแลตัวเองทำให้ไตวายเรื้อรัง	7 (2.0)	53 (15.4)	163 (47.2)	61 (17.7)	21 (6.1)	15 (4.4)	25 (7.2)
7. ไม่ดูแลรักษาความสะอาดที่เท้าทำให้ถูกตัดขา	11 (3.2)	47 (13.6)	159 (46.1)	62 (18.0)	25 (7.2)	13 (3.8)	28 (8.1)
8. ไม่ตรวจตาทำให้เป็นต้อกระจก ต้อหิน	12 (3.5)	54 (15.7)	149 (43.2)	62 (18.0)	26 (7.5)	16 (4.6)	26 (7.5)
9. ไม่ดูแลตัวเองทำให้ปากเบี้ยว แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง	13 (3.8)	44 (12.8)	156 (45.2)	35 (10.1)	36 (10.4)	23 (6.7)	38 (11.0)
10. ไม่รักษาความสะอาดทำให้มีอาการคัน ผิวน้ำองอักเสบ	9 (2.6)	37 (10.7)	134 (38.8)	44 (13.0)	59 (17.1)	26 (7.5)	36 (10.4)

ระดับความเชื่ออำนาจตนเอง จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน ผู้ป่วยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุดได้ 70 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 46.0 คะแนน หรือร้อยละ 65.7 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่าง  $\pm 12.17$  (S.D.) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับมากมีร้อยละ 38.8 ระดับปานกลางมีร้อยละ 60.9 ระดับน้อยมีร้อยละ 0.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจตนเอง

ระดับความเชื่ออำนาจตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มาก	134	38.8
ปานกลาง	210	60.9
น้อย	1	0.3
รวม	345	100.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม = 70, คะแนนต่ำสุด = 10, คะแนนสูงสุด = 70, คะแนนเฉลี่ย = 46.0,  $\% \bar{X} = 65.7$ , S.D. = 12.17

เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยต่างกัน มีความเชื่ออำนาจตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 15 ปีขึ้นไป มีความเชื่ออำนาจตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 1-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
เพศ					
หญิง	196	45.9	12.49	.006	.995
ชาย	149	45.9	11.78		

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
อายุ					
น้อยกว่า 50 ปี	60	43.0	13.42	1.649	.178
50-59 ปี	91	45.9	11.01		
60-69 ปี	110	47.3	11.51		
70 ปีขึ้นไป	84	46.3	13.11		
ลักษณะงานที่ทำ					
ไม่ได้ทำงาน	148	45.5	13.20	.220	.803
ใช้แรงงาน	101	46.5	10.97		
กึ่งแรงงาน	96	46.1	11.81		
โรคที่ป่วย					
เบาหวาน	115	45.9	10.84	.436	.647
ความดันโลหิตสูง	115	46.7	9.74		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	115	45.2	15.28		
ระยะเวลาที่ป่วย					
1-4 ปี	117	45.6	12.71	3.322	.020
5-9 ปี	152	47.0	10.30		
10-14 ปี	47	47.4	10.67		
15 ปีขึ้นไป	29	39.6	18.44		
โรคแทรกซ้อน					
ไม่มี	249	45.3	12.71	1.673	.095
มี	96	47.7	10.52		
พักรักษาในโรงพยาบาล					
ไม่เคย	260	46.4	11.99	1.129	.260
เคย	85	44.6	12.70		

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
ความเชื่อการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ					
มาก	18	47.1	10.88	.112	.953
ปานกลาง	98	46.3	10.71		
น้อย	73	45.9	11.61		
ไม่เชื่อ	156	45.6	13.46		

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน  
รายคู่

ระยะเวลาที่ป่วย	15 ปี ขึ้นไป(39.66)	1-4 ปี (45.61)	5-9 ปี (47.04)	10-14 ปี (47.45)
15 ปี ขึ้นไป (39.66)	—	5.95*	7.38*	7.79*
1-4 ปี (45.61)		—	1.43	1.84
5-9 ปี (47.04)			—	0.41
10-14 ปี (47.45)				—

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญที่ 0.05

### ความเชื่ออำนาจคนอื่น

ความเชื่ออำนาจคนอื่นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมาก ระหว่างร้อยละ 64.0-93.0 มีความเชื่อคนอื่นว่า

1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของคนอื่นทำให้อาการปกติ ร้อยละ 93.0
  2. มีคนดูแลทำให้ไม่เป็นโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 80.8
  3. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้อาการดีขึ้น ร้อยละ 64.3
- แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อย ไม่เกินร้อยละ 40 เชื่อคนอื่นว่า
4. รับประทานสมุนไพรตามสื่อโฆษณาทำให้หายป่วย ร้อยละ 36.8
  5. เพื่อนทำให้อาการดีขึ้น ร้อยละ 34.0
  6. ไม่มีคนดูแลทำให้เป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาต ร้อยละ 32.1

- |                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| 7. คนในครอบครัวทำให้เป็นโรคเรื้อรัง | ร้อยละ 16.5 |
| 8. แพทย์ทำให้เป็นโรคเรื้อรัง        | ร้อยละ 4.3  |
| 9. ไม่มีคนดูแลทำให้เป็นแผลที่เท้า   | ร้อยละ 4.1  |
| 10. แพทย์ทำให้ตาบอด หรือถูกตัดขา    | ร้อยละ 2.9  |

ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจคนอื่นรายข้อ

ความเชื่ออำนาจคนอื่น	ใช่จริงๆ	ใช่จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่ใช่จริง	ไม่ใช่จริงๆ
1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของคนอื่นทำให้อาการปกติ	60 (17.4)	152 (44.0)	112 (32.5)	11 (3.2)	2 (0.6)	5 (1.4)	3 (0.9)
2. มีคนดูแลทำให้ไม่เป็นโรคแทรกซ้อน	28 (8.1)	144 (41.7)	107 (31.0)	33 (9.6)	10 (3.0)	18 (5.2)	5 (1.4)
3. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้อาการดีขึ้น	34 (9.8)	109 (31.6)	79 (22.9)	39 (11.3)	44 (12.8)	27 (7.8)	13 (3.8)
4. รับประทานสมุนไพรตามสื่อโฆษณาทำให้หายป่วย	5 (1.4)	34 (9.9)	88 (25.5)	120 (34.8)	60 (17.4)	23 (6.7)	15 (4.3)
5. เพื่อนทำให้อาการดีขึ้น	11 (3.2)	34 (9.9)	72 (20.9)	137 (39.7)	59 (17.1)	21 (6.0)	11 (3.2)
6. ไม่มีคนดูแลทำให้เป็นอัมพฤกษ์/ อัมพาต	9 (2.6)	48 (13.9)	54 (15.6)	54 (15.7)	46 (13.3)	72 (20.9)	62 (18.0)
7. คนในครอบครัวทำให้เป็นโรคเรื้อรัง	8 (2.3)	15 (4.3)	34 (9.9)	27 (7.8)	33 (9.6)	76 (22.0)	152 (44.1)
8. แพทย์ทำให้เป็นโรคเรื้อรัง	3 (0.9)	7 (2.0)	5 (1.4)	15 (4.3)	52 (15.1)	103 (29.9)	160 (46.4)
9. ไม่มีคนดูแลทำให้เป็นแผลที่เท้า	5 (1.5)	2 (0.6)	7 (2.0)	36 (10.4)	48 (14.0)	94 (27.2)	153 (44.3)
10. แพทย์ทำให้ตาบอด หรือถูกตัดขา	3 (0.9)	4 (1.1)	3 (0.9)	18 (5.2)	48 (13.9)	101 (29.3)	168 (48.7)

ระดับความเชื่ออำนาจคนอื่น จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน ผู้ป่วยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุดได้ 67 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 35.5 คะแนน หรือร้อยละ 50.7 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่าง  $\pm 6.98$  (S.D.) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจตนเองในระดับมากมีร้อยละ 9.0 ระดับปานกลางมีร้อยละ 90.4 ระดับน้อยมีร้อยละ 0.6 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจคนอื่น

ระดับความเชื่ออำนาจตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มาก	134	38.8
ปานกลาง	210	60.9
น้อย	1	0.3
รวม	345	100.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม = 70, คะแนนต่ำสุด = 10, คะแนนสูงสุด = 67, คะแนนเฉลี่ย = 35.5,  $\% \bar{X} = 50.7$ , S.D. = 6.98

เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจคนอื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณปานกลาง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อและเชื่อเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 12 – 14

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	P
เพศ					
หญิง	196	36.1	7.32	1.765	.780
ชาย	149	34.7	6.46		



ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	P
อายุ					
น้อยกว่า 50 ปี	60	34.2	6.25	.943	.420
50-59 ปี	91	35.8	6.85		
60-69 ปี	110	36.1	6.97		
70 ปีขึ้นไป	84	35.2	7.62		
ลักษณะงานที่ทำ					
ไม่ได้ทำงาน	148	36.2	7.14	1.695	.185
ใช้แรงงาน	101	35.5	7.10		
กึ่งแรงงาน	96	34.1	6.56		
โรคที่ป่วย					
เบาหวาน	115	34.5	4.90	6.681	.001
ความดันโลหิตสูง	115	37.4	9.31		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	115	34.6	5.57		
ระยะเวลาที่ป่วย					
1-4 ปี	117	35.7	7.50	1.445	.229
5-9 ปี	152	34.8	5.78		
10-14 ปี	47	36.1	8.23		
15 ปีขึ้นไป	29	37.4	8.24		
โรคแทรกซ้อน					
ไม่มี	249	35.7	7.27	1.039	.300
มี	96	34.9	6.17		
พักรักษาในโรงพยาบาล					
ไม่เคย	260	35.0	6.08	2.360	.019
เคย	85	37.0	9.09		

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ					
มาก	18	37.3	4.77	5.514	.001
ปานกลาง	98	37.6	8.77		
น้อย	73	35.1	4.66		
ไม่เชื่อ	156	34.1	6.52		

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มโรคที่ป่วยต่างกันรายคู่

โรคที่ป่วย	เบาหวาน (34.50)	เบาหวานและความดัน โลหิตสูง (34.59)	ความดันโลหิตสูง (37.42)
เบาหวาน(34.50)	-	0.09	2.92*
เบาหวานและความดัน โลหิตสูง(34.59)		-	2.83*
ความดันโลหิตสูง(37.42)			-

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกันรายคู่

เชื่อผลการรักษาโรค ด้วยแพทย์แผนโบราณ	ไม่เชื่อ (34.15)	น้อย (35.15)	มาก (37.28)	ปานกลาง (37.59)
ไม่เชื่อ (34.15)	-	1	3.13	3.44*
น้อย (35.15)		-	2.13	2.44*
มาก (37.28)			-	0.31
ปานกลาง (37.59)				-

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญที่ 0.05

## ความเชื่ออำนาจโชคลະตา

ความเชื่ออำนาจโชคลະตารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่าครึ่ง ระหว่างร้อยละ 20.0-48.0 มีความเชื่อ โชคลະตาว่า

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. โชคดีที่ไม่ตาบอด                                    | ร้อยละ 48.7 |
| 2. เวิร์กกรรมทำให้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต                  | ร้อยละ 29.6 |
| 3. เคราะห์ร้ายที่ต้องนอนโรงพยาบาล                      | ร้อยละ 28.7 |
| 4. พระสยามเทวาริราชคุ้มครอง จึงไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง | ร้อยละ 26.3 |
| 5. พระสยามเทวาริราชคุ้มครอง จึงไม่ถูกตัดขา             | ร้อยละ 25.6 |
| 6. เคราะห์ร้ายที่เป็น โรคแทรกซ้อน                      | ร้อยละ 25.3 |
| 7. โชคลະตากำหนดไว้ให้เป็น โรคเรื้อรัง                  | ร้อยละ 23.2 |
| 8. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้หายป่วย                       | ร้อยละ 23.0 |

แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่เกินร้อยละ 20 เชื่อ โชคลະตาว่า

- |                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| 9. ดวงชะตากำหนดให้เป็น ไตวายเรื้อรัง | ร้อยละ 19.1 |
| 10. ผีเข้าจึงมีอาการวูบ แขนขาชา      | ร้อยละ 3.8  |

ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามความเชื่ออำนาจโชคละตารายข้อ

ความเชื่ออำนาจ โชคละตา	ใช่จริงๆ	ใช่จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่ใช่จริง	ไม่ใช่จริงๆ
1. โชคดีที่ไม่ตาบอด	13 (3.8)	59 (17.1)	96 (27.8)	52 (15.1)	14 (4.1)	20 (5.8)	91 (26.3)
2. เวรกรรมทำให้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต	7 (2.0)	14 (4.1)	81 (23.5)	84 (24.3)	36 (10.4)	30 (8.7)	93 (27.0)
3. เคราะห์ร้ายที่ต้องนอนโรงพยาบาล	4 (1.2)	16 (4.6)	79 (22.9)	69 (20.0)	52 (14.8)	33 (9.5)	93 (27.0)
4. พระสยามเทวาธิราชคุ้มครอง จึงไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2 (0.6)	15 (4.3)	74 (21.4)	79 (22.9)	39 (11.3)	34 (9.9)	102 (29.6)
5. พระสยามเทวาธิราชคุ้มครอง จึงไม่ถูกตัดขา	4 (1.2)	11 (3.2)	73 (21.2)	79 (22.9)	40 (11.6)	35 (10.1)	103 (29.9)
6. เคราะห์ร้ายที่เป็นโรคแทรกซ้อน	4 (1.2)	11 (3.2)	72 (20.9)	72 (20.9)	55 (15.9)	33 (9.5)	98 (28.4)
7. โชคละตาคำหนดไว้ให้เป็นโรคเรื้อรัง	10 (2.9)	18 (5.2)	52 (15.1)	62 (18.0)	73 (21.1)	39 (11.3)	91 (26.4)
8. สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้หายป่วย	6 (1.8)	8 (2.3)	65 (18.9)	27 (7.8)	37 (10.7)	84 (24.3)	118 (34.2)
9. ดวงชะตาคำหนดให้เป็นไตวายเรื้อรัง	7 (2.0)	7 (2.0)	52 (15.1)	63 (18.3)	68 (19.7)	42 (12.2)	106 (30.7)
10. ผีเข้าจึงมีอาการวูบ แขนขาชา	2 (0.6)	4 (1.2)	7 (2.0)	25 (7.2)	42 (12.2)	86 (24.9)	179 (51.9)

ระดับความเชื่ออำนาจโชคลະตา จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน ผู้ป่วยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุดได้ 66 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 30.1 คะแนน หรือร้อยละ 43.1 ของคะแนนเต็ม แสดงว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่าง  $\pm 13.76$  (S.D.) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาในระดับมากมีร้อยละ 0.6 ระดับปานกลางมีร้อยละ 89.8 ระดับน้อยมีร้อยละ 9.6 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจโชคลະตา

ระดับความเชื่ออำนาจโชคลະตา	จำนวน	ร้อยละ
มาก	2	0.6
ปานกลาง	310	89.8
น้อย	33	9.6
รวม	345	100.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม = 70, คะแนนต่ำสุด = 10, คะแนนสูงสุด = 66, คะแนนเฉลี่ย = 30.1,  $\% \bar{X} = 43.1$ , S.D. = 13.76

เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคลະตา ระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจโชคลະตามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนมีความเชื่ออำนาจโชคลະตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจโชคลະตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ มีความเชื่ออำนาจโชคลະตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 17 - 19

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคลชะตา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
เพศ					
หญิง	196	30.4	14.29	.329	.742
ชาย	149	29.9	13.06		
อายุ					
น้อยกว่า 50 ปี	60	26.5	12.60	2.006	.113
50-59 ปี	91	31.3	11.96		
60-69 ปี	110	30.1	15.51		
70 ปีขึ้นไป	84	31.7	13.63		
ลักษณะงานที่ทำ					
ใช้แรงงาน	101	31.3	12.91	2.531	.081
กึ่งแรงงาน	96	31.8	11.79		
ไม่ได้ทำงาน	148	28.2	15.28		
โรคที่ป่วย					
เบาหวาน	115	27.2	13.85	7.748	.001
ความดันโลหิตสูง	115	34.0	12.04		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	115	29.2	14.48		
ระยะเวลาที่ป่วย					
1-4 ปี	117	29.9	12.56	.202	.895
5-9 ปี	152	29.8	13.77		
10-14 ปี	47	31.2	15.18		
15 ปีขึ้นไป	29	31.2	16.32		
โรคแทรกซ้อน					
ไม่มี	249	28.3	13.85	3.992	.000
มี	96	34.8	12.42		

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
พักรักษาในโรงพยาบาล					
ไม่เคย	260	29.2	13.84	2.223	.027
เคย	85	33.0	13.18		
เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ					
มาก	18	41.1	15.53	38.068	.000
ปานกลาง	98	35.6	11.83		
น้อย	73	36.1	9.73		
ไม่เชื่อ	156	22.7	12.52		

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคละตาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มโรคที่ป่วยต่างกันรายคู่

โรคที่ป่วย	เบาหวาน (27.23)	เบาหวานและความดัน โลหิตสูง (29.20)	ความดันโลหิตสูง (34.04)
เบาหวาน (27.23)	-	1.97	6.81*
เบาหวานและความดันโลหิตสูง (29.20)		-	4.84*
ความดันโลหิตสูง(34.04)			-

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคละตาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเชื่อผลการรักษาโรค  
ด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกันรายคู่

เชื่อผลการรักษาโรค	ไม่เชื่อ	ปานกลาง	น้อย	มาก
ด้วยแพทย์แผนโบราณ	(34.15)	(35.58)	(36.14)	(41.11)
ไม่เชื่อ (34.15)	-	1.43*	1.99*	6.96*
ปานกลาง (35.58)		-	0.56	5.53
น้อย (36.14)			-	4.97
มาก (41.11)				-

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญที่ 0.05

### ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตา

พบว่า ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์กัน โดยความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ ส่วนนอกนั้นสัมพันธ์กันในเชิงบวก แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจตนเองมากจะมีความเชื่ออำนาจคนอื่นและอำนาจโชคละตาน้อยด้วย ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่นและ  
ความเชื่ออำนาจโชคละตา

	ความเชื่ออำนาจ ตนเอง	ความเชื่ออำนาจ คนอื่น	ความเชื่ออำนาจ โชคละตา
ความเชื่ออำนาจตนเอง		-.588**	-.693**
ความเชื่ออำนาจคนอื่น			.488**
ความเชื่ออำนาจโชคละตา			

หมายเหตุ \*\*มีนัยสำคัญที่ 0.01



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สาเหตุของความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม หมอและผู้ป่วยจะรู้ว่าจะจัดการรักษาโรคอย่างไร การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคอาจต่างกันสองแบบ คือ แบบแรกเชื่อว่าโรคมียาเหตุมาจากการกระทำของสิ่งเหนือธรรมชาติ แบบที่สองเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากธรรมชาติ การแพทย์ตะวันตกเชื่อสาเหตุจากธรรมชาติ เช่น การกินอาหารไม่ดีทำให้เจ็บป่วย แต่ชนพื้นเมืองเชื่อว่าสาเหตุมาจากการกระทำของผี หรือถูกเวทมนต์คาถาเนื่องจากผู้ป่วยทำผิดจารีตประเพณี

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในลักษณะการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอรัญประเทศและขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 345 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2560 การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบกึ่งสัมภาษณ์ โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา วิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้สถิติพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ หาจำนวน และร้อยละ หาคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test และ One-Way ANOVA และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา ด้วยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

#### สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.8) เป็นผู้หญิง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.2) อายุมากกว่า 60 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 61.05 ปี เกือบร้อยละ 50.0 ไม่ได้ทำงาน อีกร้อยละ 30.0 ใช้แรงงาน ที่เหลือเป็นกึ่งแรงงาน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.1) มีระยะเวลาที่ป่วย 5 – 9 ปี ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาที่ป่วยสูงสุด 35 ปี และระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 7 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.0 ไม่มีโรคแทรกซ้อน เกือบร้อยละ 80.0 ไม่เคยพัก

รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.8) เชื้อการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ

2. ความเชื่ออำนาจตนเอง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจตนเองโดยเชื่อว่าไม่ควบคุมอาหารทำให้เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดร่วมด้วย ร้อยละ 85.3 รองลงมาเชื่อว่า ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 79.4 และไม่ระมัดระวังตัวเองทำให้เป็นแผลที่เท้า ร้อยละ 73.9 ตามลำดับ ส่วนระดับความเชื่ออำนาจตนเองเมื่อรวมคะแนน ในข้อคำถามทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจตนเองเพียงใด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.9 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 38.8 และระดับน้อยร้อยละ 0.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจตนเองระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยต่างกัน มีความเชื่ออำนาจตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 15 ปีขึ้นไปมีความเชื่ออำนาจตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 1-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน

3. ความเชื่ออำนาจคนอื่น จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจคนอื่นโดยเชื่อว่าปฏิบัติตามคำแนะนำของคนอื่นทำให้อาการปกติ ร้อยละ 93.9 รองลงมาเชื่อว่ามีคนดูแลทำให้ไม่เป็นโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 80.8 และแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้อาการดีขึ้น ร้อยละ 64.3 ตามลำดับ ส่วนระดับความเชื่ออำนาจคนอื่นเมื่อรวมคะแนน ในข้อคำถามทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจคนอื่นเพียงใด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจคนอื่นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 90.4 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 9.0 และระดับน้อยร้อยละ 0.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจคนอื่นระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจคนอื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณปานกลาง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อและเชื่อ น้อย อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน

4. ความเชื่ออำนาจโชคชะตา จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาโดยเชื่อว่า โชคไม่ดีที่ไม่ตาบอด ร้อยละ 48.7 รองลงมาเชื่อว่าเวรกรรมทำให้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 29.6 และเคราะห์ร้ายที่ดองนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ ส่วนระดับความเชื่ออำนาจโชคชะตาเมื่อรวมคะแนน ในข้อคำถามทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาเพียงใด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.8

รองลงมาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 9.6 และระดับมากร้อยละ 0.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคละตา ระหว่างกลุ่มตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคละตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจโชคละตามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนมีความเชื่ออำนาจโชคละตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจโชคละตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคละตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ มีความเชื่ออำนาจโชคละตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ ส่วนนอกนั้นไม่ต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตา พบว่า ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์กัน โดยความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคละตามีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ ส่วนนอกนั้นสัมพันธ์กันในเชิงบวก แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจตนเองมากจะมีความเชื่ออำนาจคนอื่นและอำนาจโชคละตาน้อยด้วย

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษา มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณา ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยต่างกัน มีความเชื่ออำนาจตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 1 - 4 ปี, 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปี มีความเชื่ออำนาจตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 15 ปีขึ้นไป ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 1 - 4 ปี, 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปี มีความเชื่ออำนาจตนเองไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยระหว่าง 1 - 14 ปี เชื่อว่าการเจ็บป่วย อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เกิดจากการกระทำของตนเอง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความเชื่ออำนาจตนเองในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 15 ปีขึ้นไป ส่วนผู้ป่วยที่มี เพศ ต่างกัน มีความเชื่ออำนาจตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับปฏิกิริยาของเสถียร (2550) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ ต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายในตนไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจคนอื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ มีความเชื่ออำนาจคนอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และให้คนในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่มีความสำคัญในการพัฒนาความเชื่ออำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจโชคชะตามากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมความดันโลหิตสูง มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน มีความเชื่ออำนาจโชคชะตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่ออำนาจโชคชะตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ มีความเชื่ออำนาจโชคชะตามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เชื่อผลการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนโบราณ จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความเชื่ออำนาจตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ความเชื่ออำนาจตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อบ้าง ไม่เชื่อบ้างว่าการเจ็บป่วย อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เกิดจากการกระทำของตนเอง แต่พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมากกว่าไม่ควบคุมอาหารทำให้เป็นโรค ไขมันในเส้นเลือดร่วมด้วย รองลงมาเชื่อว่า ไม่ดูแลตัวเองทำให้เป็นโรคเรื้อรัง และไม่ระมัดระวังตัวเองทำให้เป็นแผลที่เท้า ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเรื้อรัง อาการและโรคแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติของ มาลา (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับการป้องกันโรค

กระดุกพรุนของสตรีวัยทอง ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่า สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความเชื่ออำนาจคนอื่น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจคนอื่นอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อบ้าง ไม่เชื่อบ้าง ว่าการเจ็บป่วย อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เกิดจากการกระทำของคนอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน เป็นคนทำให้ สั่งให้ทำหรือแนะนำให้ทำ แต่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมากกว่าปฏิบัติตามคำแนะนำของคนอื่นทำให้อาการปกติ รองลงมาเชื่อว่ามีคนดูแลทำให้ไม่เป็นโรคแทรกซ้อน และแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้อาการดีขึ้น ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติของสงมาลา (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับการป้องกันโรคกระดุกพรุนของสตรีวัยทอง ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่า สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจคนอื่นอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับสิรินทร เลิศกุพินิจ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง

4. ความเชื่ออำนาจโชคชะตา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อบ้าง ไม่เชื่อบ้าง ว่าการเจ็บป่วย อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เกิดจากอำนาจของโชคชะตา หรือเป็นเคราะห์ร้าย แต่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมากกว่าโชคคิที่ไม่คาดคิด รองลงมาเชื่อว่าเวรกรรมทำให้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต และเคราะห์ร้ายที่ต้องนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสิรินทร เลิศกุพินิจ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจบุคคลโชคชะตาอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับทัศนคติของสงมาลา (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับการป้องกันโรคกระดุกพรุนของสตรีวัยทอง ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่า สตรีวัยทองส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาอยู่ในระดับน้อย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา พบว่า ความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตามีความสัมพันธ์กัน โดยความเชื่ออำนาจตนเอง ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่อ

อำนาจโชคชะตามีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ ส่วนนอกนั้นสัมพันธ์กันในเชิงบวก แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจตนเองมากจะมีความเชื่ออำนาจคนอื่นและอำนาจโชคชะตาน้อยด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### 1. การนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ให้คำแนะนำ อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของการป่วย การเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองที่ถูกต้องเหมาะสม

1.2 ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเชื่ออำนาจตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย 15 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยที่ป่วยมานานจะมีความเชื่ออำนาจตนเองน้อยลง โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาความเชื่ออำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3 ควรให้บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

1.4 จากผลการศึกษาที่พบจะนำเสนอต่อหัวหน้าคลินิกพิเศษและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

### 2. การศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบเพิ่มเติมระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดและต่างจังหวัด

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2550). *แนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนุ  
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). *รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ*. นนทบุรี: ชุมชนุสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและ  
สุขภาพ.
- งามแชน เรื่องวรวทยา. (2548). *ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ความผิดปกติอื่น ๆ ทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน*.  
กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). *การพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก*. นนทบุรี:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). โรคความดันโลหิตสูง. ใน: *วิทยา ศรีดามา, (บรรณาธิการ).*  
*ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 2)* (หน้า 162-187). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์. (2549). *เบาหวานกับภาวะแทรกซ้อน*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- คุณเดือน พันธมนาวิน. (2550). ความเชื่ออำนาจในตน: การวัด ความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลง.  
*วารสารพัฒนาสังคม*, 8(2), 107-142.
- ทักษิณา ไกรราช. (2546). *มิติทางวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของกลุ่มชาติพันธุ์อีสาน*.  
วิทยานิพนธ์ ปริญญาคุณุบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทัศนาศงมาลา. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับการป้องกันโรค  
กระดูกพรุนของสตรีวัยทอง ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด*. งานนิพนธ์สาธารณสุข  
ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ ทานตวนิช. (2523). *คติชาวบ้าน*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
- เทพ หิมะทองคำ. (2549). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลง  
ภิชซึ่งการพิมพ์.
- เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานินท์. (2557). *ความรู้เรื่องเบาหวาน  
ฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 13)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จูน พบลิชซึ่ง.

- นภัสนันท์ ลิ้มสันติธรรม. (2547). *ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปรียบเทียบ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิตา จุไรทัศน์ย์. (2551). *ความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เนติมา คูณีย์. (บรรณาธิการ). (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- นฤพนธ์ ค้วงวิเศษ. (2558). *ชาติพันธุ์กับการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์. (2553ก). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์. (2553ข). *การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- บุญเลิศ สดสุชาติ. (2553). *มานุษยวิทยาสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ปณภัท ฤทธเสถียร. (2550). *ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง: แนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์.
- พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). *ความดันโลหิตสูง*. ใน: วิทยา ศรีดามา, (บรรณาธิการ). *ตำราอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 133-145). กรุงเทพฯ: ยูนิดี พับลิเคชั่น.
- ศรีเพ็ญ สวัสดิมมงคล. (บรรณาธิการ). (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พิทักษ์พล บุญมาติก, วัชณี หัตถพนม และวรวรรณ จุฑา. (2556). *คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนภาวะอุปาทานหมู่ (mass hysteria) และการแพร่ระบาดของความเชื่อต่างๆ (ฉบับปรับปรุง)*(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท บีคอนด์ พับลิชซิ่ง จำกัด.
- ภาวนา กิระดิยดวงศ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: โรงพิมพ์ พี เพรส จำกัด.
- ภายิต ประชาเวช (พฤษภาคม 2529). *โรคปัจจุบัน: โรคเรื้อรัง*. นิตยสารหมอชาวบ้าน. หน้า 7.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2558). *วัฒนธรรมพื้นบ้านของไทย*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย



สุโขทัยธรรมมาธิราช.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2553). *รู้รัก ภาษาไทย เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

โรงพยาบาลอรรถพรเทพฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันที่ได้รับการลงทะเบียนปี 2559*.

วารภรณ์ นารินทร์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตประทุมวันกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วารภรณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐา ไทยกล้า. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.

วิทยา ศรีดามา. (2549). *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ). (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*.  
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุทิน ศรีอัญญาพร. (2548). *ภาวะคีโตะอะซิโตนในผู้ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุนทร ตันชนันท์. (2539). *คู่มือโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์.

สโรชา อยู่ยงสินธุ์. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

สิรินทร เลิศอุพินิจ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลชลบุรี*. งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตร

- มหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุโท เจริญสุข. (2520). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สดางค์ ศุภผล, ทศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, ผลารัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ และพุกษา บุกบุญ (2553). *การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวาน และความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. (2555). การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนา สุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรัชย์ ปัญญาพฤษ์พงศ์ (มกราคม 2555). คนไข้โรคเรื้อรัง การดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ. *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. หน้า 8.
- เสฐียร พันธรั้งยี. (2521). *ศาสนาโบราณ*. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2550-2559 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเดือนกุมภาพันธ์, 2551)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., & DeVellis, R. (1978). *Development of the multidimensional health locus of control (MHCL) scales*. Health Education Monographs.
- Wallston, B.S. and Wallston, K.A., (1982). *Who is Responsible for your Health? The Construct of health locus of control*. In G.Sanders E.J.M. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*.
- World Health Organization. (2008). *World Health Statistics 2008*. WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์เรื่อง ความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. โรคที่ป่วย

1. เบาหวาน  2. ความดันโลหิตสูง  3. เบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี

3. เพศ

1. ชาย  2. หญิง

4. อายุ.....ปี

5. ลักษณะงานที่ทำ

1. ใช้แรงงาน  2. กึ่งแรงงาน  
 3. วิชาการ  4. ไม่ได้ทำงาน

ระบุงานที่ทำ.....

6. เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงหรือไม่

1. ไม่เคย  2. เคย

7. มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงหรือไม่

1. ไม่มี  2. มี ระบุ.....

8. ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค

1. เชื่อหมอ  2. เชื่อหมอขวัญ  
 3. เชื่อหมอเป่า  4. เชื่อหมอสะเดาะเคราะห์  
 5. เชื่อหมอเอ็น/หมอนวด  6. เชื่อหมอยาหม้อ  
 7. เชื่อ ระบุ.....  8. ไม่เชื่อ

9. มีความเชื่อมากน้อยเพียงใด

1. มาก  2. ปานกลาง  3. น้อย  4. ไม่เชื่อเลย

## ส่วนที่ 2 ความเชื่ออำนาจในตนและนอกตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความเชื่ออำนาจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีคำตอบใดที่ถูกผิด ดังนั้นให้ท่านตอบคำถามด้วยความรู้สึกที่แท้จริง

ข้อความ	ใช่ จริงๆ	ใช่ จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ใช่ จริง	ไม่ใช่ จริงๆ
<b>ความเชื่ออำนาจตนเอง</b>							
1. ท่านป่วยเป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) เพราะท่านไม่ดูแลตัวเอง							
2. ท่านเป็นแผลที่เท้า เพราะท่านไม่ระมัดระวัง							
3. ท่านมีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ เพราะท่านไม่รักษาความสะอาด							
4. ท่านเป็นต่อกระຈก ค้อหิน เพราะท่านไม่มาตรวจตา							
5. อาการปากเปี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชกใดชกหนึ่งอ่อนแรง เป็นเพราะท่านไม่ดูแลตัวเอง							
6. เป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) แล้วเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด เพราะท่านไม่ควบคุมอาหาร							
7. ท่านเป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง)แล้วเป็นโรคหัวใจเพราะท่านไม่ดูแลตัวเอง							
8. ท่านเชื่อว่าหากถูกตัดขา เป็นเพราะไม่ดูแลรักษาความสะอาดที่เท้า							
9. ท่านเชื่อว่าไตวายเรื้อรัง เป็นเพราะไม่ดูแลตัวเอง							
10. ท่านเชื่อว่าเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต เพราะไม่ดูแลตนเอง							

ข้อความ	ใช่ จริงๆ	ใช่ จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ใช่ จริง	ไม่ใช่ จริงๆ
<b>ความเชื่ออำนาจคนอื่น</b>							
11. ท่านเป็น โรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง)เพราะแพทย์รักษาไม่ดี							
12. ท่านเป็นแผลที่เท้า เพราะคนในครอบครัวไม่ดูแล							
13. ท่านเชื่อว่าการที่ตาบอด หรือถูกตัดขา เป็นเพราะแพทย์							
14. คนในครอบครัว ทำให้ท่านเป็น โรคเรื้อรัง (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง)							
15. ท่านไม่เป็น โรคแทรกซ้อน(โรคหัวใจ ไ้ไขมันในเส้นเลือด โรคตา โรคไต เป็นต้น) เพราะคนในครอบครัวดูแล							
16. หากท่านมีอาการวูบ จะไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข							
17. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ไม่เป็น โรคแทรกซ้อน(โรคหัวใจ ไ้ไขมันในเส้นเลือด โรคตา โรคไต เป็นต้น)							
18. ท่านเชื่อว่าเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต เพราะคนในครอบครัวไม่ดูแล							
19. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเพื่อนที่ป่วย เป็น โรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) ทำให้อาการป่วยของท่านดีขึ้น							
20. ท่านเชื่อว่าจะหากรับประทานยาสมุนไพรตาม สื่อโฆษณา จะช่วยให้หายจาก โรคเรื้อรัง (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง)							

ข้อความ	ใช่ จริงๆ	ใช่ จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ใช่ จริง	ไม่ใช่ จริงๆ
<b>ความเชื่ออำนาจโชคละตา</b>							
21. ท่านป่วยเป็น โรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) เพราะ โชคละตากำหนดไว้แล้ว							
22. พระสยามเทวาธิราชคุ้มครองท่าน จึงไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)							
23. ท่านเชื่อว่าการเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นเพราะเวรกรรม							
24. ท่านเชื่อว่าการเกิดโรคแทรกซ้อน(โรคหัวใจ ไขมันในเส้นเลือด โรคตา โรคไต เป็นต้น) เป็นเพราะเคราะห์ร้าย							
25. ถ้าพบเพื่อนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) มีอาการวูบ แขนขาชา ท่านเชื่อว่าเขาถูกผีเข้า							
26. เป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) แล้วเป็นไตวายเรื้อรังเกิดจากดวงชะตา							
27. ท่านเชื่อว่าหากเกิดอาการผิดปกติอย่างรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล เป็นเพราะเคราะห์ร้าย							
28. ท่านโชคดีที่เป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) แล้วไม่ตาบอด							
29. ท่านชอบไปบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้หายป่วยจากโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง)							
30. ท่านไม่ถูกตัดขาจากการเป็นโรคเรื้อรัง(เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) เพราะพระสยามเทวาธิราชคุ้มครอง							



**ภาคผนวก ข**  
**รายนามผู้เชี่ยวชาญ**

## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. คุณอุดม จันทามงคล นายแพทย์ชำนาญการ  
โรงพยาบาลอรัญประเทศ
2. คุณชญานัสต์ สันติวิริยะพานิช นายแพทย์ปฏิบัติการ  
โรงพยาบาลอรัญประเทศ
3. คุณเชิดชัย ศิริมหา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โรงพยาบาลอรัญประเทศ

## ภาคผนวก ก

ผลการตรวจคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาและผลการตรวจอำนาจจำแนก

## ตารางค่า IOC

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
1.ความเชื่อ อำนาจ ตนเอง จำนวน 10 ข้อ	1	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	2	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	3	0			1			0			1	0.33	นำไปใช้ได้
	4	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	5	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	6	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	7	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	8	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	9	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	10	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
2.ความเชื่อ อำนาจคน อื่น จำนวน 10 ข้อ	11	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	12	0			1			1			2	0.33	นำไปใช้ได้
	13	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	14	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	15	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	16	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	17	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	18	-1			1			1			1	0.33	นำไปใช้ได้
	19	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	20	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
3.ความเชื่อ อำนาจ โทษชะตา จำนวน 10 ข้อ	21	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	22	1			1			-1			1	0.33	นำไปใช้ได้
	23	1			1			0			2	0.66	นำไปใช้ได้
	24	1			1			0			2	0.66	นำไปใช้ได้
	25	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้

ตารางค่า IOC (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
	26	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	26	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	28	1			-1			1			1	0.33	นำไปใช้ได้
	29	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	30	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้

## ผลการตรวจอำนาจจำแนก

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	แปลผล/การนำไปใช้
1	.6826	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
2	.5965	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
3	.5579	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
4	.7148	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
5	.5041	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
6	.6423	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
7	.6681	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
8	.5777	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
9	.5199	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
10	.4891	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
11	.5247	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
12	.5965	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
13	.6601	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
14	.0180	ปรับภาษา
15	.5864	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
16	.5041	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
17	.5579	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
18	.5777	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
19	.4891	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
20	.3468	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
21	.5916	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
22	.6601	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
23	.7518	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
24	.7110	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
25	.1440	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
26	.7412	มีอำนาจจำแนกใช้ได้

## ผลการตรวจอำนาจจำแนก (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	แปลผล/การนำไปใช้
27	.7015	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
28	.5247	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
29	.3468	มีอำนาจจำแนกใช้ได้
30	.5864	มีอำนาจจำแนกใช้ได้