

บทที่ 2

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างการที่เกี่ยวข้อ

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างการที่เกี่ยวข้อ จะครอบคลุมถึงเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดของสมุนไพรบางชนิด การดูแลสุขภาพตนเอง ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และผลงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

เบาหวานเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม (metabolism) ของน้ำตาลกลูโคส เนื่องจากการขาดอินซูลิน (insulin) และ/หรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง (5) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเกินขีดที่ไตจะสามารถเก็บกักเอาไว้ได้ น้ำตาลจะถูกขับถ่ายออกมากับปัสสาวะ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเป็นเวลานาน จะทำให้เมตาบอลิซึมของโปรตีนและไขมันเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เพื่อปรับสมดุลของน้ำตาลที่สูญเสียไป นอกจากนี้ยังเชื่อว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับเมตาบอลิซึมภายในเซลล์อีกด้วย (2, 11)

คนปกติเมื่อรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือน้ำตาลเข้าไป แป้งหรือน้ำตาลจะถูกดูดซึมจากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นนี้จะกระตุ้นเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา เพื่อใช้ในกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงสู่ระดับปกติ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในกระบวนการดังกล่าว ทำให้มีการรักษาระดับปริมาณของน้ำตาลกลูโคสไว้ค่อนข้างคงที่ ในคนปกติทั่วไปจะมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารเข้า (FBS) ประมาณ 80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (10, 11)

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เซลล์ของตับอ่อนซึ่งมีหน้าที่หลั่งอินซูลินหรือเบตาเซลล์ (β -cell) นั้นมีอยู่น้อยหรือไม่มีเลยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน ส่วนผู้ป่วยชนิดที่ไม่

ต้องหึ่งอินสุลินนั้นยังมีเบตาเซลล์เหลืออยู่บ้าง แต่การหลั่งอินสุลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น บุคคลใดก็ตามที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารเข้าสู่เกินกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (12) หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะใดขณะหนึ่งสูงกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะถือเป็นเกณฑ์วินิจฉัยได้ว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเบาหวาน (2,5,11)

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

1. จากพันธุกรรม โรคเบาหวานมีปัจจัยทางพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง มักพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีบิดามารดาหรือญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวานด้วย (5,10)

2. จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (2,5,11,13) ได้แก่

2.1 อาหาร โดยเฉพาะอาหารหวานจัดจำพวกที่มีกลูโคสจำนวนมาก เช่น ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารเหล่านี้มีกลูโคสซึ่งร่างกายดูดซึมได้อย่างรวดเร็วอยู่มาก เป็นการกระตุ้นการหลั่งอินสุลินอย่างเฉียบพลัน หากเกิดเป็นประจำ จะมีโอกาสเกิดเป็นโรคเบาหวานได้

2.2 ความอ้วน คนอ้วนมักจะรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเซลล์ของคนอ้วนมักไม่ตอบสนองต่ออินสุลินหรือตอบสนองได้น้อยกว่าคนปกติ คนอ้วนจึงมีความต้องการอินสุลินสูงขึ้น ดังนั้นความอ้วนจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของเบาหวาน

2.3 โรคติดเชื้อ การติดเชื้อแบคทีเรียอาจทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หรือไวรัสบางชนิด เช่น หัดเยอรมัน (Rubella) คางทูม (Mumps) สามารถทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

2.4 สารที่เป็นพิษต่อเบตาเซลล์ เช่น กรดยูริก (uric acid) เป็นต้น สารพิษเหล่านี้สามารถทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

2.5 ความผิดปกติของฮอร์โมน จะทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ เพราะต่อมที่ผลิตฮอร์โมนบางชนิดผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินสุลินมากเกินไป ถ้ามีฮอร์โมนเหล่านี้มาก จะทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย จนเกิดอาการของโรคเบาหวาน ตัวอย่างของฮอร์โมนเหล่านี้เช่น กลูคากอน (glucagon) ไทรอกซิน (thyroxin) เป็นต้น

2.6 ความเครียด ความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดเป็นเวลาดึก ต่อกันนาน ๆ จะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และ แคทีคอลามีน (catecholamines) ออกมามาก และทำให้ปริมาณกลูโคสในเลือดสูงขึ้น

2.7 การตั้งครรภ์บ่อยครั้ง เนื่องจากระหว่างการตั้งครรภ์ จะมีปริมาณ เอสโตรเจน (estrogen) และฮิวแมน พลาเซนทอล แลคโตเจน (human placental lactogen) หรือโซมาโตแมมโมโทรปิน (somatomammotropin) เพิ่มขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้ จะต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ดังนั้นหญิงที่มีความทนทานต่อกลูโคสต่ำในระบะที่ตั้งครรภ์ (gestational diabetes) จึงไม่ควรตั้งครรภ์บ่อยครั้ง และควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน โดยเฉพาะหญิงที่ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน

2.8 การขาดการออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายจะทำให้เนื้อเยื่อมี ปฏิกริยาตอบสนองต่ออินซูลินได้ไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังทำให้จำนวนของอินซูลินรีเซพเตอร์ (insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อลดลงอีกด้วย

3. สาเหตุจากความผิดปกติที่ตับอ่อน ตับอ่อนเป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยเบตาเซลล์ ซึ่งมีหน้าที่ผลิตอินซูลิน เพื่อนำไปใช้ในการทำปฏิกริยากับกลูโคส เพื่อให้พลังงานแก่ร่างกาย ความผิดปกติของตับอ่อนที่เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานนั้น พบว่ามีหลายชนิด ที่สำคัญได้แก่

3.1 จำนวนเบตาเซลล์ลดลง หรือขาดเบตาเซลล์ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับสารที่เป็นพิษต่อการเจริญเติบโตของเบตาเซลล์ พบมากในเด็กเกิดใหม่และในผู้ป่วยที่มีอายุ น้อย

3.2 จำนวนเบตาเซลล์เท่าเดิม แต่มีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น หลอดเลือด ฝอยแข็งและหนา มีแคลเซียมมาจับที่เบตาเซลล์ ซึ่งทำให้เบตาเซลล์ผลิตอินซูลินได้น้อยลง

อาการสำคัญของโรคเบาหวาน (2,14) มีดังนี้

1. กระหายน้ำบ่อย (polydipsia)
2. ปัสสาวะบ่อยและมาก (polyuria)
3. กินจุ (polyphagia) แต่น้ำหนักลดและอ่อนเพลีย
4. แผลหายช้า
5. ตาพร่า มัว

6. ค้นตามผิวหนัง
7. มีการอักเสบและค้นบริเวณช่องคลอด
8. เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไป
9. ในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามอาการทางคลินิก (Clinical Classification) (2,5,11,14)

1. ชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent diabetes mellitus หรือ IDDM หรือ type I)

เป็นชนิดที่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อย (Juvenile-onset diabetes หรือ JOD) แต่อาจพบได้ในผู้ใหญ่บางราย โรคเบาหวานชนิดนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ มีจำนวนเบตาเซลล์ในตับอ่อนอยู่น้อยหรือไม่มีเลย จึงไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต กลุ่มนี้มีอาการของโรครุนแรงและซับซ้อนมาก

2. ชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Non-insulin-dependent diabetes mellitus หรือ NIDDM หรือ type II)

เป็นชนิดที่เกิดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยมากมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยมากมีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยยังคงมีเบตาเซลล์อยู่ในตับอ่อน แต่ห่อนสมรรถภาพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ผลโดยใช้การรักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ซึ่งส่วนใหญ่ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นเบตาเซลล์ในตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมา โรคเบาหวานกลุ่มนี้พบได้บ่อยกว่ากลุ่มแรกมาก

นอกจากนี้ยังมีชนิดอื่น ๆ ที่ทราบสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคของตับอ่อน (pancreatic diseases) โรคระบบฮอร์โมน (disease of hormonal etiology)

หรือสาเหตุจากยาหรือสารเคมี หรือจากความผิดปกติของอินซูลินรีเซพเตอร์ หรือความผิดปกติของโมเลกุลของอินซูลินที่หลั่งออกมา เป็นต้น

โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (2, 15, 16)

โรคแทรกซ้อนเป็นโรคที่เกิดขึ้นโดยมีโรคเบาหวานเป็นสาเหตุ นำ อาการและอันตรายของโรคเบาหวานมักเกิดจากโรคแทรกซ้อนทั้งสิ้น หากมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอ จะทำให้เกิดความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของสารอาหารภายในร่างกาย เมื่ออยู่ในภาวะดังกล่าว นาน ๆ จะทำให้ปลายประสาทเสื่อมลง (neuropathy) ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (atherosclerosis and arteriosclerosis) เลือดไปหล่อเลี้ยงไม่พอและหลอดเลือดอาจอุดตันได้ง่าย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างดี จะช่วยป้องกันหรือชะลอเวลาการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดและระบบประสาทลงได้ โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน (Acute complications) เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือต่ำมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยหมดสติ หากได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน อาจถึงแก่ชีวิตได้

2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (Chronic complications) เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานแล้วไม่ต่ำกว่า 5-10 ปี และควบคุมโรคได้ไม่ดีพอ โรคแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความพิการของประสาท หลอดเลือดฝอย และหลอดเลือดใหญ่ แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

2.1 โรคเส้นประสาท (Neuropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งจะพบความผิดปกติของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะส่วนปลาย เช่น มือ เท้า ผู้ป่วยจะมีอาการชา เจ็บปวดเหมือนมีเข็มแทง หรือเป็นตะคริว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อ การทรงตัวเสีย ทำให้เกิดอันตรายจากการหกล้มและเกิดบาดแผลได้บ่อย ในเพศชายยังพบว่าความรู้สึกทางเพศลดลงด้วย

2.2 โรคหลอดเลือดฝอย (microangiopathy) เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก พบได้บ่อยที่ตาและไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ตาจะทำให้ตามัวลงจนถึงตาบอดได้หากไม่ได้รับการรักษา ส่วนพยาธิสภาพที่ไตพบว่า เกิดได้ทั้งชนิดไตเสื่อมหน้าที่และไตอักเสบรุนแรง

2.3 โรคหลอดเลือดใหญ่ (macroangiopathy) เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น ที่สมอง หัวใจ และขา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักเกิดในลักษณะของหลอดเลือดตีบตัน ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยส่งเสริมคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ดังนั้นจึงต้องให้ความสนใจและคอยควบคุมระดับไขมันในเลือดให้เป็นปกติอยู่เสมอ

นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผลโดยตรงระดับน้ำตาลที่สูงอยู่นาน ได้แก่ ต้อกระจก การติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อ อีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญและเกิดเฉพาะกับผู้ป่วยเบาหวานคือ ปัญหาที่เท้า (diabetic foot) อันเป็นผลรวมของพยาธิสภาพรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่เท้าของผู้ป่วย ทำให้เกิดความพิการได้บ่อย

การรักษาโรคเบาหวาน (2, 12, 14, 17, 18)

แนวทางในการรักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การรักษาด้วยยา
4. การให้ความรู้โรคเบาหวาน

1. การควบคุมอาหาร อาหารมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมาก การควบคุมอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก และเป็นการช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ การรักษาโรคเบาหวานไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม จะได้ผลสูงสุดเมื่อมีการควบคุมอาหารควบคู่ไปด้วยอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการควบคุมอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกหรือปัจจัยเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องคำนึงถึง

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยให้มีพลังกำลังและความแข็งแรงในการต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อน้ำตาลกลูโคสไปใช้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ระดับปกติได้ ถ้าจะให้ได้ผลดีควรออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายมากหรือน้อยยังขึ้นอยู่กับสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

3. การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคเบาหวานมี 2 ประเภท ดังนี้

3.1 ชนิดฉีด มีเพียงชนิดเดียวคือ อินซูลิน

3.2 ชนิดรับประทาน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ฮากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) และฮากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides)

4. การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมโรคปราศจากโรคแทรกซ้อน มีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข และลดภาระทางเศรษฐกิจในการรักษาพยาบาล ซึ่งการให้ความรู้ไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วย แต่รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดด้วย การให้ความรู้จะเป็นการส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานได้มากขึ้น

ฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดของสมุนไพรบางชนิด

สมุนไพรหลายชนิดที่มีกล่าวในคำภาษาไทยว่า มีสรรพคุณในการรักษาโรคเบาหวาน เช่น มะแว้งเครือ มะแว้งต้น หญ้าหนวดแมว (19) ตำลึง (20) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีรายงานเกี่ยวกับฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดของสมุนไพรบางชนิดในทางเภสัชวิทยา และ/หรือ มีการทดลองทางคลินิก ดังจะกล่าวต่อไปนี้

กระเทียม

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Allium sativum Linn.

ชื่ออังกฤษ : Garlic

ชื่ออื่น ๆ : หอมเทียม (เหนือ) เทียม หัวเทียม (ใต้)

ชื่อวงศ์ : Alliaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดกระเทียมด้วยแอลกอฮอล์ ปีโตรเลียมอีเทอร์ และอีเทอร์แก่ กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ในขนาด 0.25 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 64.5, 61.0 และ 82.5 ของยาทอลบิวทาไมด์ (tolbutamide) ตามลำดับ (21)

รายงานที่ 2

เมื่อให้สารสกัดกระเทียมด้วยน้ำ พบว่า เมื่อให้กระต่ายที่เลี้ยงด้วยน้ำตาลทราย วันละ 10 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม และให้สารสกัดด้วยน้ำ 3.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม เป็นเวลา 2 เดือน พบว่า ปริมาณน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างเห็นได้ชัด (21)

รายงานที่ 3

เมื่อให้หนูขาวกินสารสกัดกระเทียมด้วยอีเทอร์ ในขนาด 2-4 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนูขาว 1 กิโลกรัม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ปริมาณน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง (21)

รายงานที่ 4

เมื่อให้คนใช้รับประทานน้ำมันหอมระเหยของกระเทียม ในขนาด 0.25 มิลลิกรัม เป็นเวลา 1-2 เดือน พบว่า ปริมาณน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง (21)

กระเพรา

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Ocimum sanctum Linn.

ชื่ออังกฤษ : Holy basil, Sacred basil

ชื่ออื่น ๆ : กอมก้อ กอมก้อดง (เชียงใหม่) กระเพราขาว กระเพราแดง (กลาง)
ห่อขาวชู ห่อตุปูลู (กะเหรี่ยง-แม่ฮ่องสอน) อิมคิมหล่า (เงี้ยว-แม่ฮ่องสอน)

ชื่อวงศ์ : Labiatae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบกระเพราด้วยแอลกอฮอล์แก่หนูขาวที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ ในขนาด 250 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวหนูขาว 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลใน เลือดได้มากกว่าร้อยละ 30 (19)

คำฝอย

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Carthamus tinctorius Linn.

ชื่ออังกฤษ : Safflower, False saffron, Saffron thistle

ชื่ออื่น ๆ : ดอกคำ คำ คำยอง

ชื่อวงศ์ : Compositae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดเมล็ดคำฝอยด้วยแอลกอฮอล์แก่หนูขาวที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ ในขนาด 0.25 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนูขาว 1 กิโลกรัม พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลใน เลือด (21)

รายงานที่ 2

เมื่อให้อาสาสมัคร 8 คน รับประทานน้ำมันคำฝอย พบว่า มีปริมาณอินสุลินในเลือดสูงขึ้น ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง และเมื่อให้อาสาสมัคร 6 คน รับประทานคำฝอยในรูปแบบยาเตรียมอิมัลชัน (emulsion) พบว่า มีปริมาณอินสุลินและระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง (21)

ดีปลี

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Piper chaba Hunt

ชื่ออังกฤษ : -

ชื่ออื่น ๆ : ประดงข้อ (กลาง) ดีปลีเขือก (ใต้)

ชื่อวงศ์ : Piperaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดทั้งต้นของดีปลี ที่สกัดด้วยสารละลายที่ประกอบด้วยแอลกอฮอล์และน้ำ ในอัตราส่วนที่เท่ากัน แก่หนูขาวที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 2.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนู 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าร้อยละ 30 (20)

ตะไคร้

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Cymbopogon citratus Stapf

ชื่ออังกฤษ : Lemon grass, Lapine

ชื่ออื่น ๆ : คาหอม (เงี้ยว-แม่ฮ่องสอน) ไคร (ใต้) จะไคร (เหนือ) หัวสิงโต (เขมร-ปราจีนบุรี) เข็ดเกรย เหลอะเกรย (เขมร-สุรินทร์)

ชื่อวงศ์ : Graminae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดรากแห้งของตะไคร้ด้วยน้ำร้อนแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 2.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (21)

เตยหอม

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Pandanus odoratus Linn.

ชื่ออื่น ๆ : หวานข้าวไหม้ (เหนือ), ป่ามะเออริง (ใต้)

ชื่อวงศ์ : Pandanaceae

รายงานที่ 1

ใช้รากแก่ของเตยหอม หั่นเป็นชิ้น อบที่ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 3 วัน หรืออบจนแห้งสนิท บดเป็นผง ใช้ผง 300 กรัมต้มในน้ำ 3 ลิตร ที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 1 วัน กรองแล้วระเหยน้ำที่ได้ที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส จนเหลือ 400 มิลลิลิตร นำไปทำให้แห้ง ได้ผงสีน้ำตาล นำมาทดลองในหนูขาวซึ่งมิได้เป็นเบาหวาน โดยให้สารสกัดรากเตยหอม ขนาด 1, 2 และ 4 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนูขาว 1 กิโลกรัม พบว่า ทุกขนาดของน้ำสกัดรากเตยหอมสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ และการเพิ่มขนาดน้ำสกัด มีแนวโน้มทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดนานขึ้น (7)

ตำลึง

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Coccinia grandis Voigt

ชื่ออังกฤษ : Ivy gourd

ชื่ออื่น ๆ : ผักแคบ (เหนือ) แคเดี๊ยะ (กะเหรี่ยง-แม่ฮ่องสอน)

ชื่อวงศ์ : Cucurbitaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้น้ำคั้นจากรากตำลึงสดแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน ขนาด 20 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม หรือให้สารสกัดจากรากตำลึงแห้งด้วยแอลกอฮอล์ ขนาด 2.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม โดยผ่านทางสายยางเข้าช่องท้อง พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (20)

รายงานที่ 2

เมื่อให้สารสกัดจากรากตำลึงแห้งด้วยแอลกอฮอล์แก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 1.25 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 25 ของฤทธิ์ของทอลบิวทาไมด์ (20)

รายงานที่ 3

เมื่อให้น้ำคั้นจากรากตำลึงทั้งต้นแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 10 และ 20 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม โดยผ่านทางสายยางเข้าช่องท้อง พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (20)

รายงานที่ 4

เมื่อให้สารสกัดทั้งต้นด้วยแอลกอฮอล์แก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 2.5 และ 5.0 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 52.8 และ 55.2 ของฤทธิ์ของทอลบิวทาไมด์ (20)

รายงานที่ 5

เมื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานทั้งชายและหญิงรับประทานใบตำลึง วันละ 2 ครั้ง พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (20)

รายงานที่ 6

เมื่อให้น้ำคั้นจากใบตำลึงแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน ในขนาด 20 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 52.8 และ 55.2 ของฤทธิ์ของทอลบิวทาไมด์ (20)

รายงานที่ 7

เมื่อให้น้ำคั้นจากผลตำลึงแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน ในขนาด 20 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม โดยผ่านสายยางเข้าช่องท้อง พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (20)

รายงานที่ 8

เมื่อให้สารสกัดผลตำลึงด้วยน้ำแก่หนูปกติและหนูที่ทำให้เป็นเบาหวาน ขนาด 2.5, 5.0 และ 10.0 กรัมของผงแห้งต่อน้ำหนักตัวหนู 1 กิโลกรัม โดยให้ทางปาก พบว่า น้ำสกัดตำลึงขนาด 2.5 และ 5.0 กรัมของผงแห้งต่อน้ำหนักตัวหนู 1 กิโลกรัม สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหนูปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ที่เวลา 1 ชั่วโมงหลังจากที่ป้อนสารสกัดดังกล่าว ส่วนหนูกลุ่มที่เป็นเบาหวานนั้น น้ำสกัดของตำลึงทุกขนาด ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (20)

ฝรั่ง

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Psidium guajava Linn.

ชื่ออังกฤษ : Guava

ชื่ออื่น ๆ : จุ่มโป (สุราษฎร์ธานี) ชมพู่ (ปัตตานี) มะก๊วย (เชียงใหม่) มะก๊วยกา
มะมัน (เหนือ) มะกา (แม่ฮ่องสอน) มะจีน (ตาก) สะมุบเตบันฮา
(มลายู-นราธิวาส) ยามู ย่ามู (ใต้) ลีดา (นครพนม)

ชื่อวงศ์ : Myrtaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบฝรั่งด้วยน้ำแก่หนูถีบจักรที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 1.0 และ 5.0 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนูถีบจักร 1 กิโลกรัม หรือให้แก่กระต่ายในขนาด 2.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (19)

รายงานที่ 2

เมื่อฉีดน้ำคั้นจากผลฝรั่งเข้าช่องท้องให้แก่หนูถีบจักรที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 1 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนูถีบจักร 1 กิโลกรัม พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (19)

รายงานที่ 3

เมื่อให้คนไข้รับประทานผลฝรั่ง โดยให้ขนาด 1.0 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (19)

ฟ้าทะลายโจร

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Andrographis paniculata Wall. ex Nees.

ชื่ออังกฤษ : -

ชื่ออื่น ๆ : ฟ้าทะลาย ฮากันงู (หาดใหญ่) คีบังฮี (จีน) น้ำลายพังพอน (กลาง)

ชื่อวงศ์ : Acanthaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบฟ้าทะลายโจรด้วยน้ำร้อนแก่หนูขาวปกติและหนูขาวที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ในขนาด 20 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนูขาว 1 กิโลกรัม พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในหนูขาวปกติและหนูขาวที่เป็นเบาหวาน (21)

รายงานที่ 2

ชาวอินเดียใช้ฟ้าทะลายโจรรับประทานเป็นยาแก้โรคเบาหวาน โดยรับประทานร่วมกับหญ้าหนวดแมว วิธีปรุงยาคือ นำฟ้าใบฟ้าทะลายโจรและใบหญ้าหนวดแมว อย่างละเท่า ๆ กัน ใส่น้ำพอท่วมยา ต้มให้เดือด 10 นาที รับประทานน้ำที่ต้มครั้งละ 1/2 - 1 แก้ว วันละ 2-3 ครั้ง ก่อนอาหาร (22)

มะยม

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Phyllanthus acidus Skeels

ชื่ออังกฤษ : Star-gooseberry

ชื่ออื่น ๆ : -

ชื่อวงศ์ : Euphorbiaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบมะยมด้วยน้ำ ป้อนแก่หนูปกติและหนูที่ทำให้เป็นเบาหวาน พบว่า ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในหนูปกติและหนูที่ทำให้เป็นเบาหวาน (23)

มะแว้งเครือชื่อวิทยาศาสตร์ : Solanum trilobatum Linn.

ชื่ออื่น ๆ : แขว้งเค็ย (ตาก)

ชื่อวงศ์ : Solanaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดผลมะแว้งเครือด้วยน้ำและแอลกอฮอล์แก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 5 และ 10 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม ครั้งเดียว หรือให้ในขนาด 5 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม วันละครั้งติดต่อกัน 3 วัน หรือให้ในขนาด 10 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม วันละครั้งติดต่อกัน 7 วัน พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย และมีฤทธิ์อยู่ไม่นานและไม่แน่นอน (19)

มะแว้งต้นชื่อวิทยาศาสตร์ : Solanum indicum Linn.

ชื่ออื่น ๆ : มะแคว้ง มะแคว้งขม มะแคว้งคม มะแคว้งดำ (เหนือ) มะแว้ง (กลาง)

แคว้งคม (สุราษฎร์ธานี สงขลา) สะกั้งแค (กะเหรี่ยง-แม่ฮ่องสอน)

หมากแฉ้งดง (เงี้ยว-แม่ฮ่องสอน) มะเขือป่า

ชื่อวงศ์ : Solanaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดผลมะแว้งต้นด้วยน้ำแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกให้น้ำสกัดผลมะแว้งต้น กลุ่มที่ 2 ให้ยาคลอโปรปามีด์ (chlorpropamide) และกลุ่มที่ 3 ให้น้ำกลั่น โดยให้สารสกัดด้วยน้ำผลมะแว้งต้นในขนาด 5 และ 10 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม ครั้งเดียว หรือให้ในขนาด 5 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม วันละครั้งติดต่อกัน 3 วัน หรือให้ในขนาด 10 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระต่าย 1 กิโลกรัม วันละครั้งติดต่อกัน 7 วัน พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย และมีฤทธิ์อยู่ไม่นาน (19)

รายงานที่ 2

เมื่อให้สารสกัดมะแว้งต้นด้วยน้ำแก่กระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยกรอกทางปาก พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากบริหารยาไปแล้ว 2 ชั่วโมง แต่สารสกัดด้วยแอลกอฮอล์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากบริหารยาไปแล้ว 2, 3 และ 4 ชั่วโมง ส่วนสารสกัดมะแว้งต้นและมะแว้งเครือ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากบริหารยาไปแล้ว 1 ชั่วโมง (19)

ไมอราบ

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Mimosa pudica Linn.

ชื่ออังกฤษ : Sensitive plant, Shame bush

ชื่ออื่น ๆ : ระงับ หญ้าจีสอบ นามหญ้าราบ กระหับ

ชื่อวงศ์ : Mimosaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดทั้งต้นด้วยน้ำและสารสกัดด้วยแอลกอฮอล์ แก่กระต่ายปกติ และกระต่ายที่ทำให้เป็นเบาหวาน พบว่า สารสกัดทั้งสองชนิด มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดในกระต่ายที่เป็นเบาหวาน แต่ไม่มีฤทธิ์ในกระต่ายปกติ (24)

รายงานที่ 2

เมื่อให้สารสกัดทั้งต้นด้วยแอลกอฮอล์และสารสกัดด้วยปิโตรเลียมอีเทอร์ แก่หนูที่ทำให้เป็นเบาหวาน พบว่า สารสกัดทั้งสองชนิด มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากบริหารยาไปแล้ว 2 ชั่วโมง และมีฤทธิ์สูงที่สุดที่ชั่วโมงที่ 6 (25)

รายงานที่ 3

เมื่อให้สารสกัดทั้งต้นด้วยแอลกอฮอล์และสารสกัดด้วยปิโตรเลียมอีเทอร์ แก่หนูปกติ และหนูที่ทำให้เป็นเบาหวาน พบว่า สารสกัดทั้งสองชนิด ไม่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดในหนูปกติ แต่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของหนูที่เป็นเบาหวานได้ร้อยละ 20 (6)

สัก

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Tectona grandis Linn.

ชื่ออังกฤษ : Teak

ชื่ออื่น ๆ : กะเป็ยด

ชื่อวงศ์ : Verbenaceae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบสักด้วยน้ำและสารสกัดด้วยด่าง กรอกกระดาษและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังให้สารสกัด พบว่า ชนิดที่สกัดด้วยน้ำออกฤทธิ์เร็ว และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดได้มาก หมดฤทธิ์เร็ว แต่ชนิดที่สกัดด้วยด่างออกฤทธิ์ช้ากว่า (26)

หญ้าหนวดแมว

ชื่อวิทยาศาสตร์ : Orthosiphon grandiflorus Bolding

ชื่ออังกฤษ : Cat's whiskers, Kidney tea plant, Java tea

ชื่ออื่น ๆ : บางรักป่า อีตู่ตง

ชื่อวงศ์ : Labiatae

รายงานที่ 1

เมื่อให้สารสกัดใบหญ้าหนวดแมวด้วยน้ำแก่กระดาษที่ทำให้เป็นเบาหวาน โดยให้ขนาด 14 และ 28 กรัมต่อน้ำหนักตัวกระดาษ 1 กิโลกรัม ครั้งเดียว พบว่า สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีฤทธิ์อยู่นาน 6 ชั่วโมง (19)

การดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองหรือที่เรียกว่า ระบบการแพทย์ของประชาชน (Lay medical system) นั้น เป็นระบบที่มีมาก่อนระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบตะวันตก ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือกันเองได้ทั้งในสภาวะที่เจ็บป่วยและสภาวะที่มีสุขภาพดี ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการในส่วนที่เป็นบทบาทของประชาชนเอง อันประกอบไปด้วยการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลโดยตัวของประชาชนเอง ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม (27)

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นไปตามประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคม (28) ในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงแน่นอนสำหรับนิยามของคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" แต่ได้มีผู้ให้นิยามคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" ไว้มากมายแตกต่างกันไป เช่น Levin (29) นิยามว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" คือ กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษา Green (30) นิยามว่า การที่ผู้บริโภคทำกิจกรรมที่แพทย์ไม่ได้ทำหรือที่แพทย์เคยทำมาก่อน แต่ปัจจุบันนี้ไม่ได้ทำ Dean (31) นิยามว่า แนวพฤติกรรมระดับบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้และประเมินอาการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนั้น ๆว่าจะรักษาด้วยตนเองหรือจะแสวงหาค่าแนะนำจากผู้อื่น รวมถึงการปรึกษาหารือในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการของผู้มีวิชาชีพรักษาพยาบาล เครือข่ายทางเลือกการบริการรักษาอื่น ๆ ตลอดจนการประเมินและตัดสินใจเพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อแนะนำที่ได้รับจากการปรึกษาหารือดังกล่าว (32)

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเอง (33)

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองมิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ทำด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว หากแต่ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจากครอบครัวหรือบุคคลหรือองค์กรอื่นที่นอกเหนือไปจากบุคคลในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลระดับประคองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล

แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง (34)

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่ปรากฏขึ้นมาพร้อมกับสังคม ฉะนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัวและ ชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมี วิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหาการเจ็บป่วยนั้นจะเป็นปัญหาเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละ บุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกัน
3. ในทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น ได้ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วยเป็นอะไร แล้วควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเสียวสาจึงเป็น เรื่องชุมชนและบุคคลมากกว่า
4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงทั่วถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึง มีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของคน เอง

บทบาทของการดูแลสุขภาพตนเอง (35)

บทบาทของการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย

1. การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน (Health maintenance)
2. การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ (Disease prevention)
3. การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (self diagnosis)
4. การรักษาตัวเองด้วยวิธีการต่าง ๆ (self treatment) รวมถึงการใช้ยา
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดให้ (Participation in professional health care)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (36)

จากนิยามของคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" ดังกล่าวข้างต้น อาจจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำไปล่วงหน้าก่อนที่จะแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงบริการรักษาแบบสามัญชนมากมายหลายชนิดที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายสังคม (Social network) ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัดทำขึ้น เช่น ปฏิบัติรักษาตนเองแบบไม่รักษา (No action) หรือรอดูอาการ (Wait and see) อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (Non-medication self treatment) และการใช้ยารักษาตนเอง (Medication self treatment) เป็นรูปแบบพฤติกรรมรักษาโดยสามัญชนที่มีได้จำกัดเฉพาะสถานปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมถึงที่บ้าน และสมุนไพรต่าง ๆ ด้วย

2. การดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการรักษาเพิ่มเติมบริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การดูแลสุขภาพตนเองประเภทนี้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพทางการแพทย์มากที่สุด

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปโดยมีเจตนาแก้ไขคัดแปลงบริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจกระทำ เมื่อเผชิญหน้ากับบริการรักษาหรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยเชื่อว่า ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของตน โดยอาจหาทางเลือกในการรักษารูปแบบต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจพยายามอธิบายเพื่อชี้ให้ผู้ให้บริการเห็นถึงข้อบกพร่องนั้น ๆ หรือเสนอแนะมาตรการการรักษาที่ผู้ป่วยเห็นว่าจะได้ผลมากกว่า ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจคัดแปลงการรักษาเสียเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของตน หรือใช้การรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งซึ่งทางเลือกแบบสุดท้ายนี้ พบได้มากในประเทศที่กำลังพัฒนา

กล่าวโดยสรุปคือ การดูแลสุขภาพตนเองในสามเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลสุขภาพตนเองโดยสิ้นเชิง การดูแลสุขภาพตนเองตามกรอบที่กำหนดไว้โดยวิชาชีพ และการเลือกวิธีการรักษาหลายรูปแบบ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุมีผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (37) ได้มีผู้เสนอแบบแผนในการอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้แตกต่างกัน แบบแผนซึ่งเป็นที่ยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาโดยค่านิงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งในด้านจิตวิทยา และสังคมวิทยา

ในระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 นักจิตวิทยาสังคม 4 ท่านคือ Godfrey, Kegeles, Levental และ Rosenstock (38) ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคล ต่อมา Becker และ Maiman (39) ได้ปรับปรุงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการที่ทำให้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) และ 4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

ในสามเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้อาจแสดงออกได้ 3 ทางคือ ความเชื่อมั่นต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก และ ความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

Becker, Drachman และ Kirscht (40) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหุ้หน้าหนาว พบว่า ความเชื่อในความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ ความเชื่อ ว่าเด็กจะมีโอกาสติดเชื้อที่หุ้ซ้ำอีก และการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา มีความ

สัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรับประทานยาและมาตรวจตามแพทย์นัด

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (41) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้นเพียงใดก็ตาม เขายังคงไม่แสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย จนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้น ๆ เป็นอันตรายต่ออวัยวะของร่างกาย เขาจึงจะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่ จากการศึกษาของ Becker, Drachman และ Kirscht (40) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action)

แม้บุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคแล้ว แต่การที่จะปฏิบัติสิ่งใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ กล่าวคือ บุคคลจะเลือกปฏิบัติในวิธีที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อเขามากที่สุด ส่วนอุปสรรคในการรักษาเช่น ปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา และการปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เคยชิน เป็นต้น Hallal (42) พบว่า สตรีที่ตรวจเต้านมของตนเองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะแรก มีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์สูง ในขณะที่บางกรณีผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องจากมีปัญหามากประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่ง Klinger (43) พบว่า ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สบายจากการรักษา ตลอดจนคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพหมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนบุคคลที่สนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา Becker และคณะ (44) พบว่ามารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ และมีความตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ แม้ผู้ป่วยจะหายจากอาการหอบหืดแล้ว แต่มารดายังคงรู้สึกว่าผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการจับหืด และควรรับประทานยาบำรุง นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีปรอทวัดไข้ส่วนตัวเพื่อตรวจสุขภาพของบุตร รวมทั้งการพาบุตรมาพบตามแพทย์นัด

นอกเหนือไปจากองค์ประกอบทั้ง 4 ประการที่เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากน้อยเพียงใดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Patient-practitioner relationship) ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factor)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Patient-practitioner relationship) : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ทั้งทางบวกและทางลบ Davis (45) พบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถาม ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฆนิษฐา เรืองมณีเดช (46) ที่พบว่า พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ถ้าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการสูง ผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำ

ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) : ปัจจัยด้านสังคมเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิด Klinger (43) พบว่า คู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือในการให้ความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factor) : ปัจจัยด้านประชากรมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ เช่น อายุ เพศ จากการศึกษาเรื่อง อายุกับความเชื่อด้านสุขภาพ ของ นิตยา ภาสสุนันท์ (47) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 56-70 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมา Becker และ Maiman (39) ได้สร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็นส่วนหลัก ๆ 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจ การประเมินภาวะความเจ็บป่วย และโอกาสในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยร่วม และส่วนที่ 3 คือ พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและปัจจัยร่วมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และทั้งสองส่วนนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิ ต่อไปนี้

แผนภูมิแสดงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมผู้ป่วย

แรงจูงใจ
 -ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป
 -ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำ
 -กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก
การประเมินภาวะความเจ็บป่วย
 ผู้ป่วยจะคาดคะเนถึงสิ่งต่อไปนี้
 -โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการป่วยซ้ำ ความเชื่อต่อการวินิจฉัย
 -โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทั่วไป
 -ความรุนแรงของการเกิดโรค
 -ผลกระทบต่อบทบาททางสังคม
 -อาการของโรคปัจจุบัน หรือที่เคยเป็นมาก่อน
โอกาสปฏิบัติตามคำแนะนำ
 ผู้ป่วยจะคาดคะเนถึงสิ่งต่อไปนี้
 -ความปลอดภัยในการรักษา
 -ประสิทธิภาพของการรักษา รวมถึงความไวใจต่อแพทย์ผู้รักษา วิธีการรักษาและโอกาสที่จะทุเลาหรือหายจากโรค



ด้านประชากร : เพศ อายุ
ด้านโครงสร้างการรักษา :
 - ค่าใช้จ่าย
 - ระยะเวลาในการรักษา
 - อาการข้างเคียงของยา
 - ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแบบแผนพฤติกรรมใหม่
ด้านทัศนคติ : ความพอใจต่อโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษา พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น รวมถึงอุปกรณ์ในการตรวจและขั้นตอนการตรวจ
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ : ความเป็นกันเอง ระยะเวลาในการสนทนา วิธีอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายการรักษาตรงกัน ความเข้าใจซึ่งกันและกัน
ด้านสนับสนุน : ประสบการณ์ในการปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยที่ผ่านมา การรักษา แหล่งให้คำแนะนำ



การปฏิบัติตามคำแนะนำ
 - การรับประทานยา
 - การควบคุมอาหาร
 - การออกกำลังกาย
 - การมาตรวจตามนัด
 - อื่น ๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การละเว้นความเคยชินบางอย่าง

ผลงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้วิธีการหรือแผนการรักษาด้วยตนเองของผู้ป่วยหรือของประชาชนโดยทั่วไปนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เพศ

Mechanic (48) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเพศกับการใช้วิธีการรักษา พบว่า เพศหญิงใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันที่สถานบริการของรัฐมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะผู้หญิงมีเวลาว่างหาวิธีการรักษาพยาบาลมากกว่าและสะดวกกว่าผู้ชาย ซึ่งให้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ เพื่อเลี้ยงครอบครัว Day และ Leoprapai (49) ได้วิจัยพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอนามัยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศหญิงใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันโดยไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐมากกว่าเพศชาย ส่วนเรมวล นันทศุภวัฒน์ (50) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

อายุ

อรทัย รวยอาจิม และ เจน บุนนาค (51) ได้วิจัยเรื่องบทบาทของหมอแผนโบราณในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยของหมอแผนโบราณมีแนวโน้มเป็นคนสูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว Maclean (52) ได้ศึกษาทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชนในประเทศไนจีเรีย เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประชากรสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นพวกที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมในชนบท ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ อีกกลุ่มหนึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่แบบชาวตะวันตกในเมือง ส่วนใหญ่มีฐานะดีและมีระดับการศึกษาสูงกว่า จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จะใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะเดียวกันร้อยละ 90 ของผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ ใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตกควบคู่ไปด้วย ส่วนกลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบตะวันตกใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มแรกโดยรวม

ระดับการศึกษา

Maclean (52) พบว่า กลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม ร้อยละ 60 ของทุกระดับการศึกษา ยังคงใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมอยู่ Gould (53) ได้ศึกษาในหมู่บ้านทางตอนเหนือของอินเดียเป็นเวลา 7 เดือน พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น ใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่สูงขึ้น จากการสำรวจในปี 2513 กระทรวงสาธารณสุข (54) ได้แบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ป.4), ป.4 และสูงกว่าป.4 พบว่า ทุกระดับการศึกษาจะซื้อยารับประทานเองในอัตราส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า ป.4 จะมีสัดส่วนในการใช้ยาแผนโบราณน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5 ในขณะที่เดียวกันก็มีการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ไม่นิยมอ่านหนังสือพิมพ์ จะใช้การรักษาแผนโบราณมากกว่า ในขณะที่ผู้ที่อ่านหนังสือพิมพ์บ่อย จะใช้บริการของโรงพยาบาลของรัฐหรือการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า

อาชีพ

Day และ Leoprapai (49) พบว่า ผู้ป่วยหรือหัวหน้าครอบครัวที่มีอาชีพประเภทที่ต้องใช้แรงงาน เช่น ชาวนา ช่างสวน ช่างไร่ กรรมกร เป็นต้น มีสัดส่วนการใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันหรือใช้บริการของโรงพยาบาลของรัฐน้อยกว่าพวกข้าราชการ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากว่า บรรดาข้าราชการสามารถเบิกเงินคืนได้ ประกอบกับข้าราชการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าเมื่อเทียบกับชาวนาช่างสวนซึ่งอยู่ในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ Maclean (52) พบว่า การใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาชีพแม่บ้าน กล่าวคือ แม่บ้านที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิชาชีพ จะใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมเพียงร้อยละ 33 ขณะที่แม่บ้านที่ไม่ได้รับการอบรม จะใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมถึงร้อยละ 66

เศรษฐกิจหรือรายได้

Maclean (52) พบว่า กลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ยังคงใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมอยู่ ในขณะที่เดียวกันร้อยละ 90 ของผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตกควบคู่ไปด้วย Gould (53) ได้ศึกษาในหมู่บ้านทางตอนเหนือของอินเดีย พบว่า กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น มีการใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่สูงขึ้น

Press (55) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการ 2 ประเภท (dual use) ในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนในโบโกตา (Bogota) เมื่อปี ค.ศ. 1967 พบว่า ในโบโกตามีการบริการด้านการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณอยู่มาก การใช้บริการทั้งสองประเภทมักเกิดในกลุ่มชนที่มีฐานะยากจนและมีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาแผนปัจจุบันไม่มากเท่าใดนัก ส่วนกลุ่มชนที่มีฐานะดีและมีระดับการศึกษาสูง จะไม่นิยมใช้การรักษาแผนโบราณ อर्थัส รวยอาจิม และ กาญจนา แก้วเทพ (56) พบว่า ผู้ที่จะใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันค่อนข้างสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยต้องหันไปใช้บริการที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยลงคือ นิยมไปใช้บริการการรักษาแผนโบราณมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

สถานภาพสมรส

Klinger (43) พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือในการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา Cobb (57) และ Hubbard, Muchlenkamp และ Brown (58) พบว่า ความผูกพันซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยา มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษามากขึ้น โดย Hubbard, Muchlenkamp และ Brown ให้เหตุผลว่า คนที่แต่งงานแล้ว จะได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส ซึ่งเป็นการได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่าคนที่ยังไม่แต่งงาน

เขตที่อยู่อาศัย

Day และ Leoprapai (49) ได้วิจัยพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอนามัยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้แหล่งบริการที่อยู่ใกล้ตัวมากที่สุดก่อน ความใกล้ไกลหรือปัจจัยทางด้านระยะทาง มีผลต่อผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความสะดวกหรือความพึงพอใจที่ได้รับ Maclean (52) พบว่า กลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมในเขตชนบท ยังคงใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมอยู่ ขณะเดียวกันร้อยละ 90 ของผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตกควบคู่ไปด้วย ส่วนกลุ่มที่มีความเป็นอยู่แบบตะวันตกในเขตเมือง มีการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มแรก

จากการสำรวจในปี 2513 กระทรวงสาธารณสุข (54) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมักจะใช้การรักษาแผนโบราณ และผู้ที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพ นอกจากนั้นยังพบว่า หากสถานบริการของรัฐอยู่ไกลและต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทาง ผู้ป่วยจะไปใช้วิธีรักษาแผนปัจจุบันหรือใช้บริการของรัฐน้อยลง และใช้วิธีการรักษาแบบอื่นมากขึ้น และหากสถานพยาบาลตั้งอยู่ใกล้กับตลาดที่ผู้ป่วยต้องไปบ่ออ สัดส่วนการใช้บริการของรัฐจะสูงขึ้น วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (59) ได้วิจัยเรื่องบทบาทของพระสงฆ์ไทยที่เป็นหมอพระในด้านการบำบัดรักษาโรคแก่ชุมชน พบว่า สาเหตุบางประการที่ผู้ป่วยมารับรักษาที่หมอพระ เนื่องจากระยะทางและการคมนาคมไปมาสะดวกกว่าไปรักษาที่อื่น ส่วนสาเหตุผู้ป่วยไม่สามารถไปรับการรักษาแผนปัจจุบันหรือรับบริการจากแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายมากและการเดินทางไม่สะดวก เพราะอยู่ห่างไกลจากสถานบริการของรัฐ และเพื่อหน้าที่จะเดินทางไปรับการรักษาแผนปัจจุบัน สำลี เปลียนบางข้าง และคณะ (60) พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันที่สถานบริการที่สามารถเดินทางไปได้สะดวก

การพักอาศัย

Cobb (57) และ Hubbard, Muchlenkamp และ Brown (58) พบว่า การอยู่ร่วมกันกับครอบครัว จะทำให้เกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน และความผูกพันซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลภายในครอบครัว จะมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษามากขึ้น Cohen และ Wills (61) พบว่า การที่ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสนใจ ความเอาใจใส่ หรือความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดความเครียด หรือสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การดูแลตนเองตามแผนการรักษา Haug และ Folmar (62) พบว่า การอยู่ตามลำพัง โดยขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจะปฏิบัติตามแผนการรักษาได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ระยะเวลาที่เป็นโรค

มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่า ระยะเวลาในการเป็นโรค มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ความเบื่อหน่ายในการรักษาอาจมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น Luntz และ

Austin (63) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จะไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งในอัตราที่สูงขึ้น
 อย่างมาก หากผู้ป่วยต้องรับการรักษาอยู่เป็นเวลานาน ชื่นชม เจริญสุขย์ (64) ได้วิจัยเรื่อง
 ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท พบว่าผู้ป่วย
 ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะไปรักษาแผนโบราณมากที่สุด เนื่องจากลักษณะโดยทั่วไปของโรคเรื้อรัง
 นั้น มีการดำเนินไปของโรคในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลานาน สุวรรณ เจริญพิชิตนันท์
 (65) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 305 ราย ที่โรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า
 ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามสั่งคือ ระยะเวลาที่ป่วยเกินกว่า 6 ปี

อาการแทรกซ้อน

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้ มักจะมีโอกาสไม่ใช้ยาตามที่
 แพทย์สั่งหรือตามแผนการรักษา ตัวอย่างเช่น Wynn-Williams และ Arris (66) พบว่า
 ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ยาพาราอะมิโนซาลิซิลิก แอซิด (para-aminosalicylic acid) แล้ว
 เกิดอาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร จะใช้ยาตามที่แพทย์สั่งน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เกิดอาการ
 ข้างเคียงดังกล่าว

ความรุนแรงของโรค

Gould (53) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มไม่ใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน แต่
 ถ้าโรคนั้นมีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ไม่สามารถปฏิบัติภาระกิจได้ตามปกติ จะมีแนวโน้มไม่ใช้การรักษา
 แผนปัจจุบัน ชื่นชม เจริญสุขย์ (64) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะไปใช้วิธีการรักษา
 แผนโบราณมากที่สุด เนื่องจากโรคเรื้อรังมักมีอาการไม่รุนแรง มีการดำเนินของโรคในลักษณะ
 ค่อยเป็นค่อยไป Marston (67) และ Matthew และ Hingson (68) พบว่า โรคที่มีอาการ
 รุนแรง ต้องอาศัยการรักษาที่สลับซับซ้อนกว่า อาจทำให้ผู้ป่วยลำบากในการใช้ยาที่ได้รับมา
 เนื่องจากสภาวะของร่างกายที่ป่วยอยู่ในขณะนั้น รวมทั้งความรู้สึกท้อแท้ต่อความล้มเหลวในการ
 รักษาโรคที่ผ่านมามีด้วย Colson (69) ได้ศึกษาชาวมาเลเซียประมาณ 400 คนใน 6 หมู่บ้าน
 ริมฝั่งแม่น้ำปาหัง ประเทศมาเลเซีย พบว่า หากมีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะเลือกการรักษา
 วิธีอื่นที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งทางเลือกหนึ่งที่ใช้กันมากคือ การรักษาตนเอง แต่ผู้ป่วยจะ
 ไปรับการรักษาแผนปัจจุบันหรือที่สถานพยาบาลของรัฐก็ต่อเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น Becker,
 Drachman และ Kirscht (40) พบว่า ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยประเมินมีความสัมพันธ์กับ
 ความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในการใช้ยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด

จำนวนชนิดยา จำนวนครั้งที่ให้ยาต่อวัน การเปลี่ยนชนิดยาหรือวิธีการรักษา

สวารณี เจริญพิชิตนันท์ (65) พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามสิ่งคือ จำนวนครั้งที่ต้องใช้ยามากกว่า 4 ครั้งต่อวัน Schwart, Wang, Zeitz และ Goss (70) พบว่า จำนวนขนานยาและความถี่ของการให้ยาต่อวันที่เพิ่มขึ้น อาจมีผลต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจสับสนหากต้องใช้ยาร่วมกันหลายขนานในเวลาเดียวกัน หรือใช้ยาขนานเดียวแต่ต้องใช้วันละหลายครั้ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อแรงจูงใจในการใช้ยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา

ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน

อรทัย รวชอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ (56) พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ดึงดูดให้ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 60.9 ของกลุ่มตัวอย่างมาใช้วิธีการรักษาแผนโบราณคือ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาแผนโบราณที่ใช้รักษา Arluke (71) พบว่า ผู้ป่วยบางรายอาจทดสอบประสิทธิภาพของยาดด้วยการลองหยุดใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าความสับสนเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดที่ใช้ร่วมกัน หรือลักษณะของโรคที่ผันแปร อาจมีผลต่อความเห็นในเรื่องประสิทธิภาพของยาที่ใช้ Henderson (72) ได้วิจัยในประเทศเปอร์โตริโกที่หมู่บ้านแวลี คังคา (Valle Canca) พบว่า ชาวบ้านมีความเชื่อในคุณภาพของสมุนไพรอยู่มาก จึงนิยมไปใช้การแพทย์แผนโบราณในสามเจ็บป่วย Geertsen, Gray และ Ward (73) และ Ferguson และ Bole (74) พบว่า ความเชื่อในประสิทธิภาพในแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ระยะเวลาที่รักษา

มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาโรคมีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ความเบื่อหน่ายในการรักษาอาจมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น Luntz, และ Austin (63) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจะไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งในอัตราที่สูงขึ้นอย่างมาก หากผู้ป่วยต้องรับการรักษาอยู่เป็นเวลานาน

เวลาที่ผู้ป่วยรอ

อรทัย รวชอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ (56) พบว่า ผู้ป่วยไม่ชอบไปรับการตรวจรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน เพราะเสียเวลาในการรอคอยทำบัตร สวารณี เจริญพิชิตนันท์ (65) พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการไม่ใช้ยาตามสิ่งคือ ระยะเวลาที่ต้องรอรับขนานกว่า 1 ชั่วโมง

บริการสุขภาพ

Klinger (43) พบว่า การได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ จะเป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา วัตนะ คล้ายดี (75) พบว่า การให้สุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน (76) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการให้สุขภาพจากเจ้าหน้าที่ จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแผนการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้สุขภาพ

การบริการของโรงพยาบาล

อรทัย รวยอาจิม และ กาญจนา แก้วเทพ (56) พบว่า ปัจจัยบางประการที่ผู้ป่วยมารักษากับแพทย์แผนโบราณนั้นคือ การบริการของแพทย์แผนโบราณไม่มีระเบียบที่ยุ่งยากซับซ้อน และราคาไม่แพง ส่วนการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นยุ่งยากซับซ้อนสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากระเบียบข้อบังคับของทางราชการ ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ สันทัด เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์ (77) พบว่า ผู้ป่วยมีลักษณะของการรักษากับหมอหลายคนในเวลาเดียวกันจนกว่าอาการของโรคจะดีขึ้นหรือหายไป ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นผลมาจากชื่อเสียงของแพทย์ การให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ ลักษณะปัญหาของโรค ความรุนแรงของโรค และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอยากจะทำให้อาการของโรคหายมากกว่าที่จะสนใจถึงสาเหตุของโรค จึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้โรคหายขาด โดยมักจะเลือกใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ยังคงมีความเชื่อถือต่อการรักษาแผนโบราณ เช่น การรักษาโรคนั้นด้วยยาแผนปัจจุบันมานานแล้ว แต่อาการของโรคยังไม่หายหรือไม่ดีขึ้น จึงมักจะใช้วิธีการรักษาแผนโบราณช่วยอีกทางหนึ่ง แม้ว่าชาวบ้านจะสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ แต่ก็มักจะเลือกใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันก่อน อย่างไรก็ตาม วิธีการรักษาแผนโบราณยังคงมีความสำคัญต่อคนในเขตชนบทและคนในเขตเมืองอยู่จนปัจจุบัน

Boesch (78) แพทย์ชาวเยอรมัน ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 1970 ถึงเดือนมิถุนายน 1971 พบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจในบริการของโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย หรือไม่อธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือไม่อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็น อันตรายของโรค และระยะเวลาในการรักษา Nagy และคณะ (79) พบว่า ความพึงพอใจต่อการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งได้อย่างมี



นัยสำคัญ ชนิษฐา เรืองมณีเคช (46) พบว่า การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดมาตรวจตามนัดหรือตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ถ้าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการสูง จะมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่ำ

ความเชื่อของผู้ป่วยในประสิทธิภาพของวิธีการรักษา

อรทัย รวยอาจิม และ กาญจนา แก้วเทพ (56) พบว่า ปัจจัยบางประการที่ผู้ป่วยมารักษากับแพทย์แผนโบราณนั้นคือ คุณภาพในวิธีการรักษาซึ่งผู้ป่วยมีประสบการณ์มาก่อนว่ารักษาได้ผลดี หรือเคยได้ยินชื่อเสียงในผลการรักษา ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิธีการรักษาของแพทย์แผนโบราณ และเชื่อมั่นว่าจะต้องรักษาให้หายจากโรคได้ วไลพร ภวภูตานนท์ มหาสารคาม (59) พบว่า สาเหตุบางประการที่ผู้ป่วยมารับบริการจากหมอพระคือ ผู้ป่วยเชื่อมั่นในวิธีการรักษาของหมอพระ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากคำแนะนำทางศาสนา ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเชื่อว่า แม้การรักษาแผนโบราณจะไม่ค่อยมีเหตุผลที่เป็นวิทยาศาสตร์มากนัก แต่สามารถรักษาโรคเรื้อรังบางโรคให้หายได้ในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป และผู้ป่วยบางคนให้เหตุผลว่า การแพทย์แผนปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่มีหลักเกณฑ์ดี แต่รักษาโรคเรื้อรังไม่ค่อยได้ผล ส่วนบางคนไม่เชื่อว่าแพทย์แผนปัจจุบันจะรักษาโรคที่ตนเป็นอยู่ให้หายได้

Maclean (80) ได้ทำการศึกษาในเมืองอีบาดาน (Ibadan) ประเทศไนจีเรีย (Nigeria) ในปี 1963 เกี่ยวกับวิธีการรักษาของชาวอัฟริกัน พบว่า ชาวไนจีเรียมีลักษณะเป็นนักประสบการณ์นิยม (Empiricists) ถ้าวิธีการใดประสบผลสำเร็จหรือได้รับผลเป็นที่พอใจก็จะยอมรับไว้ปฏิบัติ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าใจความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์แต่อย่างใด Jegede (81) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมในการรักษาผู้ป่วยในประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ป่วยทั้งในเมืองและชนบทนิยมใช้การรักษาแผนโบราณอย่างกว้างขวาง แม้ว่าจะมีการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าไปมากแล้วก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในการรักษาแผนโบราณ Ademuwagun (82) พบว่า ประชาชนในประเทศไนจีเรียนิยมรักษาด้วยการแพทย์แผนโบราณมาก เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่า เทคนิคการรักษาของการแพทย์แผนโบราณสามารถเข้าใจถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสามารถรักษาให้หายจากโรคได้

ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่

อรรถ ราชอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ (58) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจในการรักษาของแพทย์ที่ดูแลเอาใจใส่ตน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (59) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ไปรับบริการการรักษาแผนปัจจุบัน เนื่องจากการบริการแผนปัจจุบันไม่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างอบอุ่นหรือเป็นกันเอง และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาขอรับบริการจากหมอพระ เพราะผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากคำแนะนำทางศาสนา ซึ่งเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน

สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (60) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการของสถานอนามัยแห่งใดนั้น ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ระหว่างเจ้าหน้าที่อนามัยกับประชาชน เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเองกับประชาชน และประชาชนมีความพึงพอใจในอรรถศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ด้วย Davis (45) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาของผู้ป่วยตามแพทย์สั่งคือ การที่แพทย์แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ป่วย หรือไม่ยอมรับในความคิดเห็นของผู้ป่วย หรือไม่ให้ความเป็นกันเอง และพบว่ารูปแบบการสื่อสารที่ผิดปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เช่น ความดึงเครียดในการสนทนาซักถาม ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม จะมีผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

อรรถ ราชอาจิณ และคณะ (83) ได้วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความพึงพอใจในอรรถศาสตร์ของผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับประชาชนในการเลือกใช้วิธีการรักษาแผนปัจจุบันหรือใช้สถานบริการของรัฐ Joseph (84) พบว่า สัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะเป็นแรงจูงใจและเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

ความรู้เกี่ยวกับยาและโรค

Deyo (85) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับข้อ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคของตนดีกว่า มีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมภาวะของโรคให้เป็นปกติได้ดีกว่า ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการควบคุมภาวะของโรคด้วย เช่น ระดับสติปัญญา เป็นต้น

การใช้สมุนไพรของคนในครอบครัว

จากการศึกษาของนักวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (86) พบว่า การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเคยใช้สมุนไพรของคนในครอบครัว กล่าวคือ ผู้ป่วยในครอบครัวที่เคยใช้สมุนไพรรักษาโรคจะมีการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาตนเอง มากกว่าผู้ป่วยในครอบครัวที่ไม่เคยใช้สมุนไพร

ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคทั่ว ๆ ไป

จากการศึกษาของนักวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (86) พบว่า ชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยประมาณหนึ่งในสามมีทัศนคติที่ต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ที่ต่อการรักษาโรคด้วยสมุนไพร ชาวชนบทที่มีทัศนคติที่ต่อการใช้สมุนไพร มักจะใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาโรคด้วย แม้ว่าจะใช้ยาแผนปัจจุบันอยู่แล้วก็ตาม โดยไม่คำนึงว่าอาการเจ็บป่วยจะมากหรือน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวชนบทมักจะใช้ยาแผนปัจจุบันก่อน หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และพบว่า จะมีการใช้สมุนไพรร่วมกับหากอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น หรืออาการไม่ดีขึ้นหลังจากการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันไปแล้วระยะหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งพบว่า การใช้สมุนไพรของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค

จากการปริทัศน์วรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้วิธีการรักษาของผู้ป่วยหรือของประชาชน พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งพอจะสรุปได้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มใช้วิธีการรักษาแผนโบราณมากกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทห่างไกล และต้องใช้เวลาในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลของรัฐ จะมีแนวโน้มใช้วิธีการรักษาแผนโบราณมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมืองหรือในเขตสุขภาพิบาลซึ่งอยู่ไม่ไกลจากสถานพยาบาลของรัฐ เป็นต้น
2. ระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน จะมีแนวโน้มไม่ใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น
3. อาการแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง พบว่า ผู้ป่วยที่พบอาการแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากยา จะมีแนวโน้มไม่ใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น

4. ความรุนแรงของโรค พบว่า หากการเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มใช้วิธีการรักษาแผนโบราณมากกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีแนวโน้มจะไม่ใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยหรือเกิดความท้อแท้ใจที่จะรักษาต่อไป

5. แบบแผนการรักษา ซึ่งหมายถึง จำนวนชนิดยาที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ให้ยาต่อวัน และการเปลี่ยนแปลงชนิดยาหรือวิธีการใช้ยา พบว่า จำนวนชนิดยาและ จำนวนครั้งที่ให้ยาต่อวันที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงชนิดยาหรือวิธีการใช้ยาบ่อยครั้ง มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามแผนการรักษาน้อยลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องใช้ยาเป็นระยะเวลายาวนาน

6. ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะใช้ยาหรือวิธีการรักษาที่ตนเองประเมินว่ามีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรค

7. การให้บริการของสถานพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะใช้บริการของสถานบริการของรัฐ หากการให้บริการของรัฐเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย

8. ความเชื่อของผู้ป่วยในวิธีการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อในแผนการรักษาใด มีแนวโน้มที่จะใช้แผนการรักษานั้นมากกว่า

9. ความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยจะใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น หากแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขให้ความสนิทสนมกับผู้ป่วย

10. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคและยาของตนเองมาก มีแนวโน้มจะใช้ยาตามแผนการรักษามากกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย

11. การใช้สมุนไพรของคนในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวใช้หรือเคยใช้สมุนไพรรักษาโรคทั่วไป มีแนวโน้มจะใช้สมุนไพรรักษาโรคมกกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้สมุนไพร ไม่ว่าจะโรคนั้นจะมีอาการเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม

12. ทักษะคิดต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค มีแนวโน้มจะใช้สมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีทักษะคิดที่ไม่ดีต่อการใช้สมุนไพร

จากทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อ ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้

ปัจจัยที่ศึกษาหรือตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

<p><u>แรงจูงใจ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้สมุนไพรของคนในครอบครัว <p><u>การประเมินภาวะความเจ็บป่วย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรุนแรงของโรค 	<p><u>ด้านโครงสร้างการรักษา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาที่รักษา - อาการแทรกซ้อน - จำนวนชนิดยา - จำนวนครั้งที่ให้ยาต่อวัน - การเปลี่ยนชนิดยาหรือวิธีการให้ยา 	<p><u>การปฏิบัติตามคำแนะนำ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้หรือไม่ใช้สมุนไพรรักษาตนเองร่วมกับยาแผนปัจจุบัน
<p><u>โอกาสในการปฏิบัติตามคำแนะนำ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน - ความเชื่อของผู้ป่วยในวิธีการรักษาอื่น - ระยะเวลาที่เป็นโรค 	<p><u>ด้านทัศนคติ :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความถนัดในการพบแพทย์ - เวลาที่ผู้ป่วยรอ - การได้รับรู้สุขภาพจากเจ้าหน้าที่ - การให้บริการของเจ้าหน้าที่ - ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคทั่วไป 	
<p><u>ด้านประชากร</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพศ - อายุ - ระดับการศึกษา - อาชีพ - ศาสนา - รายได้ - สถานภาพสมรส - เขตที่อยู่อาศัย - การพักอาศัย 	<p><u>ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข <p><u>ด้านสนับสนุน:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วย 	